SIMA IOAN SIMA MIHAI

INTRODUCERE IN PSIHOPEDAGOGIA DEFICIENTILOR MINTAL

Editura „Alma Mater „

Sibiu-2009

C U P R I N S

MOTTO

„Pentru a corecta anumite deficiente , trebuie sa ne sprijinim pe aspectele pozitive ale personalitatii" (I.Sima)

CAPITOLUL I
LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

1.1.Obiectul psihopedagogiei speciale

Psihopedagogia specială este o ştiinţă psihopedagogică ce se ocupă de studiul particularităţilor psihice, de instrucţia şi educaţia, evoluţia şi dezvoltarea psihică, de modalităţile corectiv – recuperative, pentru valorificarea potenţialului uman existent şi formarea personalităţii persoanelor cu deficienţe psihice, senzoriale, fizice, de limbaj sau de comportament, în vedere integrării acestora în viaţa socio-profesională, cu cât mai puţine dificultăţi. Aşadar, psihopedagogia specială are implicaţii practic-aplicative, în care instrucţia şi educaţia, recuperarea şi integrarea se constituie ca activităţi de intervenţie specială, care să conducă la valorificarea tuturor disponibilităţilor în vederea inserţiei sociale a persoanelor cu nevoi speciale.

Psihopedagogia învăţământului special este o ştiinţă sintetică, interdisciplinară, la intersecţia dintre psihologie, pedagogie, medicină, sociologie, biologie, etc. Altfel spus, psihopedagogia specială este o „ştiinţă a ştiinţelor", incluzând în ea şi ştiinţe privind legile învăţământului, legilor şi legităţilor dezvoltării, educaţiei şi instrucţiei persoanelor cu anumite deficienţe sau carenţe educaţionale. Din multitudinea aspectelor incriminate în definiţiile date se desprind două aspecte fundamentale :

a) aspecte psihologice în relaţie apropiată cu problemele dezvoltării psihice a persoanelor cu nevoi speciale, care devin probleme de asistenţă socială;

b) aspecte pedagogice, care vizează probleme de instrucţie şi educaţie a acestor persoane.

Situaţia actuală a acestui domeniu interdisciplinar este dependentă de nivelul vieţii economico-socială, de starea generală a învăţământului, a serviciilor medicale şi sociale, ca şi de condiţiile, atitudinile, mentalităţile şi interesele sociale dominante.

În decursul vremii, prin investigaţii şi studii aprofundate, s-au elaborat metodologii corectiv – recuperative specifice fiecărei categorii de deficienţi şi raportate la gravitatea deficienţei, la forma de manifestare, la vârsta deficientului, la posibilităţile de compensare şi valorizare a disponibilităţilor persoanei respective. Preluarea, chiar şi în formă simplificată, a unor metode şi tehnici folosite în munca instructiv – educativă a normalilor, pe lângă faptul că este dificil de aplicat, se dovedeşte a fi o practică ineficientă în munca cu persoanele cu nevoi speciale. În consecinţă se impune folosirea unor metode şi tehnici specializate, în care practica şcolară a impus programe şi manuale adaptate la obiectivele învăţământului special.

Specialişti în psihopedagogie specială au creat o atmosferă de larg interes pentru toate categoriile de deficienţi şi au investigat o gamă largă de probleme, ceea ce a condus la diversificarea domeniilor ştiinţei. Astfel, în ultimii ani au fost realizate progrese însemnate nu numai în domeniul ştiinţelor psihopedagogie, dar şi într-o serie de domenii adiacente, cum ar fi: biologia, fiziologia, medicina, lingvistica, etc., ceea ce a făcut posibilă colaborarea, de pe poziţii diferite, în cadrul terapiei şi educaţiei deficienţilor. Aşa s-a dezvoltat oligofrenopsihologia şi oligofrenopedagogia, ce studiază aspectele psihologice ale deficienţilor mintal, precum şi de psihodiagnoză, de instruire, educare, recuperare şi de integrare a acestora în viaţa socială; surdopsihologia şi surdopedagogia abordează problematica psihologică şi pedagogică a activităţii psihice a persoanelor cu deficienţe de auz; tiflopsihologia şi tiflopedagogia îşi delimitează preocupările psihologice şi pedagogice la deficienţii de vedere; logopedia are în atenţie studiul limbajului, prevenirea şi terapia corectivă

a tulburărilor de limbaj, iar psihopedagogia specială, a deficienţilor fizici/locomotori şi de comportament, se ocupă cu întreaga problematică a deficienţilor locomotori, restabilirea funcţiilor pierdute, compensarea funcţiilor alterate şi formarea deprinderilor comportamentale adaptiv-integrative şi înlăturarea unor devianţe comportamentale.

Pentru facilitatea înţelegerii problematicii fiecărui domeniu, vom analiza particularităţile psihoindividuale şi evoluţia acestora în funcţie de tipul deficienţei, de condiţiile de mediu, de etiologia care determină astfel de stări critice şi de posibilităţile recuperativ-compensatorii-integrative care contribuie la selectarea activităţilor adaptative ale subiecţilor deficienţi.

Educarea şi instruirea persoanelor cu anumite deficienţe se realizează în unităţi ale învăţământului special. De altfel, formula tradiţională „învăţământ special” tinde să fie înlocuită cu cea de „educaţie specială”. Prima şcoală specială din România a luat fiinţă în anul l831, la Dumbrăveni, şi cuprindea copii surdo-muţi. Legea învăţământului din 1924 este prima lege care acordă atenţie copiilor „debili şi anormali educabili”, arătându-se că ei pot fi şcolarizaţi în şcoli speciale sau clase speciale. Categoriile de copii cuprinşi în asemenea şcoli sau clase speciale erau :

- copii întârziaţi la minte;
- copii slabi, bolnăvicioşi sau predispuşi la tuberculoză ;
- copii cu apucături rele, nesociabili sau vicioşi („care urmau şcoala de îndreptare”);
- copii orbi şi surdo-muţi.

Învăţământul din aceste şcoli şi clase avea conţinut şi metodologii adecvate fiecărei categorii de copii. Prin această lege se accentua necesitatea pregătirii speciale a personalului din aceste şcoli numit şi retribuit de către Ministerul Instrucţiunii.

Lega învăţământului din 1968 face referiri mult mai reduse cantitativ cu privire la învăţământul special, iar prevederile sunt mai generale. Ultima lege dinainte de 1989 - cea din 1978 - conţine doar o singură frază cu privire la învăţământul special: „Pentru copiii cu deficienţe senzoriale, fizice şi intelectuale se organizează unităţi speciale de învăţământ, în condiţiile legii".

Depistarea şi diagnosticarea deficienţilor este realizată în principal de către unităţile medicale. Deficienţa uşoară (liminală) se depistează la intrarea copilului în grădiniţă sau în clasa întâi. Examinarea cu scop de diagnozare a persoanelor cu abateri în dezvoltare se realizează de către „Comisiile medico-psiho-pedagogice de diagnostic şi triaj" judeţene, din care fac parte: un medic psihiatru, un psiholog, un logoped şi un profesor de educaţie specială (defectolog). Decizia comisiei de diagnostic se concretizează într-o recomandare a grădiniţei sau şcolii compatibile cu tipul de deficienţă. Decizia trimiterii spre o grădiniţă sau şcoală specială este elaborată de către Comisia Judeţeană de ocrotire a minorilor, pe baza unui dosar întocmit de către autoritatea tutelară din cadrul primăriei sau prefecturii. Comisia Judeţeană de ocrotire a minorilor este alcătuită din reprezentanţi ai învăţământului, sănătăţii, asistenţei sociale, poliţiei şi ISTH.

În Sistemul de Învăţământ din România sunt cuprinse unităţi de educaţie specială, după cum urmează :

a) Grădiniţe speciale sau grupe de grădiniţă pe lângă şcolile speciale Aceste unităţi pot cuprinde copii în vârstă de 3-7 ani cu deficienţă mintală, de auz şi/sau de vedere. Copiii care

depăşesc vârsta de 7 ani în cadrul grădiniţei speciale pot fi orientaţi spre şcoli speciale sau şcoli de masă;

b) Şcoli speciale generale cu clasele I-VIII, care se organizează pentru persoanele cu deficienţă mintală moderată-uşoară şi cămine şcoală pentru copiii cu deficienţă mintală moderată-sever; şcoli speciale cu clasele I-VIII pentru deficienţii de auz (şcoli pentru hipoacuzici şi şcoli pentru surdo-muţi); şcoli speciale cu clasele I-VIII pentru copiii cu deficienţe de vedere (şcoli pentru ambliopi şi şcoli pentru nevăzători); şcoli pentru deficienţi motori (cămine şcoală sau şcoli profesionale); şcoli pentru minorii cu tulburări de comportament (şcoli de reeducare).

c) Case de Copii (Centru de plasament) cu grădiniţă/şcoală specială;

d) Şcolile sau clasele din spitale (sanatorii, preventorii sau instituţii pentru copii cu tulburări neuropsihice). Durata frecventării acestor cursuri este variabilă, în funcţie de starea de sănătate a fiecărui copil. Curriculum-ul poate fi identic cu cel al învăţământului de masă sau adaptat;

e) Programe şi elemente de educaţie specială în instituţiile de ocrotire. Începând cu anul 1990 în Centrele de plasament sunt încadrate cadre didactice specializate în psihopedagogie, care se ocupă de cunoaşterea copiilor, terapia tulburărilor de limbaj, consilierea copiilor şi a personalului;

f) Centrele logopedice interşcolare, organizate de către Ministerul Educaţiei şi Cercetării şi a Inspectoratelor şcolare judeţene. Aceste centre sunt singura structură de educaţie specială integrată. Obiectivul principal al profesorilor logopezi îl constituie terapia specifică a tulburărilor diverse ale limbajului la copiii din grădiniţele şi şcolile de masă;

g) Clasele speciale constituite pe lângă şcolile de masă: clase pentru copii autişti, clase speciale de tip Waldorf etc.

Aşadar, în sistemul de învăţământ special întâlnim structurile de bază corespunzătoare diferitelor nivele de şcolarizare existente în cadrul sistemului de învăţământ general: grădiniţe, şcoli generale cu clasele I-VIII, şcoli profesionale etc. Totuşi, în sistemul învăţământului special sunt incluse, în afara categoriilor enumerate şi considerate „clasice" (nevăzători , surdo-muţi, debili mintal, infirmi motori) şi alte categorii, astfel:

- deficienţi mintal cu forme grave-parţial recuperabili(ocrotiţi în cămine – şcoală, cămine – atelier);

- copii cu tulburări de comportament;

- copii din şcoli generale/de masă;

- copii din şcolile generale care necesită un învăţământ temporar diferenţiat, copii cu diferite afecţiuni în curs de tratament, copii cu tulburări de limbaj, copii cu rămâneri în urmă în dezvoltare.

O condiţie esenţială a educaţiei acestor copii este depistarea acestora cât mai de timpuriu şi acordarea imediată a unei educaţii speciale, intensivă, în unităţi specializate şi cu personal competent, instruit în vederea obţinerii unui maxim de reuşită în procesul de recuperare .

Ideea integrării diferitelor categorii de beneficiari ai educaţiei speciale în sistemul de învăţământ general trebuie corect analizată şi acceptată, dar în anumite limite, deoarece ea vizează numai unele categorii, şi, în interiorul acestora, numai subiecţii ale căror performanţe şcolare generale o fac posibilă şi necesară. Mişcarea este condiţionată de depistarea deficienţei în momentul de debut al şcolarizării sau de instalare a acestora pe parcursul instruirii în

sistemul învăţământului de masă. Mişcarea inversă, limitată de categoriile de copii aflaţi temporar în tratament medical, logopedic sau de înlăturare a rămânerilor în urmă în dezvoltare, consemnează recuperarea şi reintegrarea subiecţilor în circuitul şcolar obişnuit .

În psihopedagogia contemporană educabilitatea deficienţilor este unanim acceptată, dar modalităţile de realizare a procesului recuperator variază în concepţiile diverşilor specialişti. Unii pledează pentru educaţia şi instruirea deficienţilor în învăţământul de masă, alături de ceilalţi copii, dar în clase speciale, iar alţii consideră că activităţile de instrucţie şi educaţie a deficienţilor sunt mai eficiente dacă se desfăşoară în instituţii specializate, dotate cu mijloace de învăţământ corespunzătoare şi cu personal didactic încadrat pregătit în acest sens. Faţă de aceste două variante se impune întrebarea: care ar fi criteriile după care să instituţionalizăm, diagnosticăm şi includem deficienţii într-o categorie sau alta?

- un prim criteriu ar putea fi gravitatea deficienţei, adică numai copiii cu deficienţe grave să fie orientaţi, etichetaţi şi şcolarizaţi în învăţământul special, iar cei cu deficienţe uşoare să-şi continue studiile în învăţământul de masă;

- al doilea criteriu ar viza potenţialul adaptiv individual, capacitatea de asimilare mintală şi acomodare la solicitările mediului şcolar. Sub acest aspect, chiar şi unii copii cu deficienţe mai grave, dar cu capacităţi adaptive bune ar putea fi recuperaţi în cadrul învăţământului de masă şi ulterior încadraţi social cu dificultăţi cât mai puţine (Ex.: deficienţii de auz care prin citirea labială timpurie îşi însuşesc mare parte a limbajului, nevăzătorii care se orientează bine în spaţiu, îşi însuşesc scrisul rapid, însuşirea scrierii la deficienţii motori etc.).Pentru a preîntâmpina fenomenele inadaptării, aceşti deficienţi trebuie să beneficieze permanent de o asistenţă psihopedagogică, socială şi medicală de specialitate pe toată perioada şcolarizării.

Prin structura lor, şcolile speciale favorizează o anumită izolare de mediul social obişnuit a copiilor deficienţi, faţă de copiii din şcolile de masă. Această „aparentă” segregare defavorizează integrarea socială şi profesională a deficienţilor. Pe de o parte, deficientul se simte, dar şi este diferit de ceilalţi copii, ceea ce îl face să devină invidios, neîncrezător, considerându-se neîndreptăţit faţă de ceilalţi, de colectivitatea de elevi, iar societatea nu este suficient pregătită (din punct de vedere afectiv sau raţional) pentru a-i înţelege pe aceşti deficienţi.

În opoziţie cu „segregaţioniştii”, aşa-zişii „integralişti” propun instruirea şi educarea deficienţilor alături de copiii cu dezvoltare psihică şi fizică normală, în cadrul învăţământului de masă, astfel fiind înlăturate neajunsurile învăţământului special, deficienţilor oferindu-li-se şansa de a beneficia de o pregătire egală cu a celorlalţi copii, având posibilitatea efectivă şi formală de a parcurge pas cu pas toate treptele învăţământului. Totodată „coeducaţia” le-ar oferi prilejul, atât deficienţilor cât şi celorlalţi copii să se cunoască, să se integreze şi să se înţeleagă mai bine unii pe alţii.

Totuşi, integrarea reală rămâne un proces extrem de complex, care nu poate fi realizat prin simpla desfiinţare a învăţământului special şi includerea automată a diferitelor categorii de deficienţi în reţeaua învăţământului de masă. Nu toţi copii sunt capabili să refacă handicapul dezvoltării psihice, volumul de cunoştinţe, priceperi şi deprinderi Aceştia au nevoie de condiţii speciale de instrucţie şi educaţie, pe măsura posibilităţilor lor limitate şi de însuşi defectul organic.

Chiar integrarea deficienţilor fizici, în urma unui proces de recuperare specială intensivă nu se obţine prin lichidarea specificităţii muncii psihopedagogie, ci prin optimizarea şi intensificarea ei. Problema este când trebuie efectuată integrarea ? Cât de deplină trebuie să

fie ea ? Care dintre deficienţii fizici pot şi trebuie să fie integraţi? Răspunsurile la aceste întrebări sunt greu de dat. Cert este că, în majoritatea ţărilor „integrarea” este rezolvată mai mult individual, este spontană şi sporadică.

*1.2.**__Delimitări conceptuale__***

În literatura de specialitate se vehiculează diferiţi termeni, care, în esenţă, au aceeaşi semnificaţie. Diferenţele privesc nu atât conţinutul termenilor cât, mai ales, nivelul de extindere asupra întregului domeniu sau de referinţă la toate categoriile de persoane care prezintă abateri de la standardul de normalitate. Conceptul de *normalitate* are o semnificaţie generală ce are în vedere întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei sau o semnificaţie particulară, care cuprinde o grupă de trăsături sau un grup de însuşiri (fizice, senzoriale, de caracter, mintale etc.). Persoanele care au o dezvoltare medie şi manifestă capacităţi de adaptare echilibrată la condiţiile mediului înconjurător, atunci când sunt raportate la grupuri de aceeaşi vârstă şi cu acelaşi standard cultural, sunt considerate ca fiind normale. Orice abatere, peste o anumită toleranţă, pozitivă sau negativă, este considerată anormalitate. Astfel, caracteristicile diferitelor categorii de deficienţi, ca şi cele ce duc la disponibilităţi superioare, se subsumează conceptului de *anormalitate*. De obicei, noţiunea de anormalitate are o încărcătură predominant negativă şi se referă la persoanele cu o insuficienţă, un retard în dezvoltare, abateri comportamentale (delincvenţii şi cei cu tulburări de caracter), bolnavii psihici, precum şi la cei care se află în stare critică din punct de vedere senzorial, locomotor ,de limbaj sau mintal. În mod frecvent se foloseşte termenul de *subnormalitate*,

deşi această noţiune are un caracter general şi o semnificaţie traumatizantă, totuşi se utilizează în scopul atenţionării asupra problemelor educative-recuperativ-sociale. În opoziţie cu termenul de subnormalitate, se foloseşte adeseori termenul de *supranormalitate*, în care sunt încadrate toate persoanele ce manifestă capacităţi deosebite/supradotaţi. Folosirea acestui termen este riscant atât în plan psihologic cât şi social, deoarece etichetarea unei persoane ca „supranormal" poate imprima un întreg cortegiu de atitudini negative (comportament egoist, infatuat, capricios, tendinţă de izolare etc). Totuşi, sunt situaţii în care unor copii cu disponibilităţi psiho-fizice trebuie să li se asigure condiţii deosebite pentru valorificarea lor maximală.

Cu o frecvenţă mai mică se foloseşte termenul *excepţie,* pentru a scoate în prim plan capacităţile deosebite ale unei persoane într-un anumit domeniu de activitate. Imprecizia este evidentă şi cuprinde o gamă prea variată de manifestări ce nu sunt sugerate de conţinutul termenului. O situaţie similară se referă şi la termenii de *retardaţi, înapoiaţi, întârziaţi, dificili sau cu dificultăţi, neadaptaţi sau inadaptaţi, tulburare* etc., care se găsesc sporadic în unele lucrări şi au o poziţie de sinonimie cu conceptul de handicap.

Din punct de vedere medical se tratează în primul rând *defectul-termen ce vizează lezarea, deteriorarea sau chiar absenţa unui organ sau segment al corpului*. Un defect organic poate să apară în urma unui proces patologic, ca efect al unui traumatism sau ca o anomalie congenitală de dezvoltare (malformaţie) a organului, aparatului sau sistemului respectiv. Deci defectul, din perspectivă medicală, reprezintă un fel de boală şi este tratat ca atare. Tratamentul medical al defectului rezidă în utilizarea celor mai adecvate mijloace şi intervenţii (medicamentoase, chirurgicale, fizioterapeutice etc.) îndreptate spre înlăturarea defectului şi, implicit, restabilirea funcţiei organului defect.

Atunci când defectul afectează, tulbură substanţial relaţiile individului cu mediul social, când defectul îl împiedică să reflecte realitatea obiectivă, vorbim despre *deficienţă*. Termenul de deficienţă semnifică absenţa sau pierderea unei structuri sau funcţii în urma unei maladii. Între defect (fenomen organic) şi deficienţă (tulburare a relaţiei cu mediul social) deosebirea este de natură psihologică şi socială. Din punctul de vedere al specialistului în psihopedagogie specială defectul ca atare, adică un organ mai mult sau mai puţin defect, interesează mai puţin. Din punct de vedere psihologic ne interesează omul care prezintă o anumită deficienţă sau defectivitate. De altfel, Organizaţia Mondială a Sănătăţii face următoarea distincţie între deficienţă (orice pierdere sau anomalie a structurii sau funcţiei psihologice, fiziologice sau anatomice) şi incapacitate (orice restricţie sau lipsă-rezultând dintr-o deficienţă-a capacităţii de a efectua o activitate în cadrul a ceea ce se consideră normal pentru fiinţa umană. *Handicap*ul este un dezavantaj social pentru o persoană, rezultând dintr-o deficienţă sau o incapacitate, care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol care este normal, depinzând de vârstă, sex, factori sociali şi culturali, pentru acea persoană. Handicapul este deci o funcţie a relaţiei dintre persoanele cu incapacităţi şi mediul lor înconjurător. Handicapul este pierderea sau limitarea ocaziilor de a lua parte la viaţa comunităţii la un nivel egal cu a celorlalţi. Unii specialişti folosesc cu precădere termenul de handicap, căruia îi conferă o accepţiune similară termenului de deficienţă. Strict ştiinţific „deficienţa se referă la afecţiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul accentuează consecinţele, dificultăţile de adaptare la mediu şi ia în considerare şi stările critice ce apar prin educaţie deficitară, condiţiile de mediu ce defavorizează evoluţia normală, perturbările funcţionale sau destructurarea lor, inadaptările, obişnuinţele şi comportamentele

neadaptative, întârzierile, retardurile şi privaţiunea temporară de a funcţiona etc.”(E. Verza , l996)

În literatura de specialitate, în defectologie/psihopedagogie specială, sunt utilizate mai multe noţiuni care desemnează atât demersul educativ cât şi acţiunea complexă de compensare, recuperare, reeducare, reabilitare, corectare. *Compensarea* este un proces adaptativ care se realizează mai mult sau mai puţin conştient şi care tinde să restabilească echilibrul dereglat al unui sistem complex aşa cum este şi organismul uman. Echilibrul se dereglează la suprasolicitarea mediului (natural sau social). În unele situaţii compensarea se poate realiza pe cale organică, funcţională sau mixtă. *Recuperarea* presupune utilizarea (totală sau parţială) a ceva care altfel s-ar pierde. Recuperarea poate fi *biologică* (prin operaţii, protezare, medicaţie, etc.) şi *socială* (pregătirea pentru integrarea socio-profesională). La surdo-muţi, de exemplu, se pune problema recuperării, în perioada optimă, a resturilor auditive şi a învăţării comunicării verbale. Termenul de *reeducare* are o sferă foarte largă şi se referă la reeducarea tulburărilor de comportament, motrice, motrice, a limbajului (în cazul afaziei) etc. La surdo-muţi, de exemplu, se pune problema reeducării auditive (exersarea reziduurilor) pe cale naturală sau tehnică. *Reabilitarea* este procesul complex de redobândire a unui statut normal. Reabilitarea şi recuperarea se referă la un sistem larg de măsuri (acţiuni) medicale, pedagogice, profesionale, culturale şi sociale coordonate în vederea formării personalităţii copilului deficient şi a integrării lui în micro- şi macroclimatul social şi profesional. *Corectarea* constă în îndreptarea şi înlăturarea deprinderilor greşite.

Atunci când se pun probleme referitoare la prevenirea obstacolelor privind copiii deficienţi se folosesc termeni, precum *prevenţie* - adică măsuri profilactice pentru prevenirea instalării handicapului (mental, senzorial, fizic, psihic, etc.). Prevenţia presupune elaborarea

unei strategii pentru reducerea incidenţei deficienţei şi incapacităţii; r*eabilitarea* este un proces organizat de recuperare a persoanei cu handicap (după instalare) menit să-i formeze un nivel optim de funcţiune în plan mental, fizic şi social, prin educaţie, compensare şi protezare. Pentru iniţierea unor acţiuni de reabilitare a persoanelor cu handicap, permanent se are în vedere respectarea personalităţii handicapatului. De asemenea este necesar ca persoanele handicapate să participe activ la decizii cu privire la soarta şi viitorul lor (mai puţin deficienţii mintal sever); e*galizarea şanselor* (normalizarea) presupune crearea condiţiilor pentru persoanele handicapate de a beneficia de drepturi şi îndatoriri în societate ca şi cei cu o dezvoltare normală şi anume: condiţii de locuit, transport, sănătate, sport, viaţă culturală, educare-compensare, ocrotire etc.

CAPITOLUL II

STRATEGII RECUPERATORII ÎN PSIHOPEDAGOGIA ÎNVĂŢĂMÂNTULUI SPECIAL

2.1.Principiile învăţământului special

Dintre puţinele ştiinţe, pedagogia generală, este una care nu are legi generale şi specifice. Cu toate acestea nimeni nu poate nega valoarea pedagogiei, necesitatea pedagogizării activităţilor de dezvoltare a personalităţii fiinţei umane începând de la naştere. Pedagogia, în special didactica, se bazează pe un număr relativ redus de principii care şi-au

dovedit valabilitatea şi necesitatea parcurgerii lor în demersul dezvoltării psiho-fizice a omului.

Psihopedagogia învăţământului special se bazează, fără îndoială, pe aceleaşi principii ale didacticii învăţământului de masă, dar îşi consolidează acţiunea de educare-reeducare pe o serie de principii cu caracter specific.

Într-o enumerare aproximativă, principiile învăţământului special ar fi următoarele :

a) *Principiul prevenţiei* declanşării deficienţelor, incapacităţilor handicapurilor mintale, senzoriale, fizice, comportamentale şi de limbaj, atunci când acestea apar drept consecinţe negative biofizice, psihologice sau sociale. Acest principiu evidenţiază necesitatea unor acţiuni întreprinse de specialişti vizând domeniile sănătăţii, educaţiei, muncii şi protecţiei sociale, a comunităţii în general.

b) *Principiul educaţiei precoce,* bazată pe depistarea timpurie a condiţiilor declanşării unor dizabilităţi, a asigurării unei terapii adecvate vârstei şi tipologiei deficienţei;

c) *Asigurarea structurilor de sprijin* şi a tuturor serviciilor necesare unei educaţii speciale pentru fiecare copil cu cerinţe educative speciale;

d) *Depistarea, stimularea* oricăror disponibilităţi şi capacităţi psihomotrice, cognitive, de limbaj, afectiv-volitive şi adaptative considerate ca potenţiale, compensative, la copilul aflat în dificultate;

e) *Egalizarea şanselor,* adică accesul la mediul cultural, fizic, condiţii de locuit, transport, servicii sociale şi de sănătate, viaţă culturală şi socială, posibilităţi de recreere şi practicare a sporturilor prin eliminarea obstacolelor sociale, dreptul la educaţie pentru persoanele cu deficienţe sau handicap indiferent de forma, tipul sau severitatea acestora. În

acest sens se impune includerea copiilor cu deficienţe într-un mediu educativ, care să fie cât mai puţin restrictiv şi cât se poate mai puţin separat de cel al copiilor de aceeaşi vârstă.

f) Instituirea unei educaţii şcolare care să atingă calităţile similare celei oferite copiilor de aceeaşi vârstă în condiţii şi instituţii şcolare cât mai apropiate de cele obişnuite;

g)Cooperarea cadrelor didactice şi a specialiştilor din domeniu cu instituţiile şi autorităţile care au responsabilităţi în educaţia copiilor cu cerinţe educative speciale şi cu asociaţiile/organizaţiile de profil, în special cu cele ale părinţilor care au preocupări în acest subsistem educaţional.

Sintetizând conţinutul principiilor se desprind două demersuri esenţiale, pe care specialiştii în domeniu, alături de organisme/organizaţii şi mai ales familii, trebuie să le aprofundeze:

1.prevenirea deficienţelor;

2.reabilitarea/recuperarea funcţiilor pierdute.

1.Prevenirea deficienţelor, incapacităţilor şi a handicapurilor

Unul din sloganurile domeniului medicinei susţine că este mult mai greu să tratezi o boală decât să o previi.

Reducerea incidenţei deficienţelor, incapacităţilor şi a handicapurilor necesită elaborarea unei strategii de prevenţie în care sunt incluşi o mulţime de factori, în care rolul dominant revine guvernului, forurilor înalte în vederea eradicării unor cauze economice, sociale, politice etc. Sunt necesare programe de prevenţie coordonate la toate nivelurile societăţii.

Cele mai importante măsuri de prevenire a deficienţelor încep cu evitarea războaielor, ameliorarea igienei, ameliorarea sistemului de îngrijire medicală primară pentru toate categoriile populaţiei, în special în zonele rurale şi chiar în suburbiile marilor oraşe, unde condiţiile igienico-sanitare sunt precare. Se impune cu necesitate îngrijirea medicală, în special a viitoarelor mame, îndrumări şi sfaturi pentru mame şi copii, activităţi de consiliere în domeniul planning - ului familial şi al organizării vieţii de familie. De asemenea, se simte nevoia unor programe de intervenţie în ameliorarea obiceiurilor alimentare îndreptate către anumite categorii de populaţie, care prezintă un risc crescut datorită deficitului de vitamine şi instituirea unor acţiuni de sprijin în procurarea hranei corespunzătoare, în special pentru mame şi copii. Nu poate fi neglijată nici grija pentru ameliorarea serviciilor medicale a familiilor vulnerabile, vaccinarea şi supravegherea bolilor transmisibile şi a infecţiilor; sfătuirea părinţilor cu privire la factorii genetici şi prenatali; introducerea unor regulamente care să prevadă reducerea accidentelor în diferitele ramuri industriale, în sectoarele agricole, în circulaţie şi chiar în sfera domestică; oferirea unor programe de protecţie a stării de sănătate şi de prevenire a instalării unor handicapuri sau boli profesionale, ca şi împiedicarea agravării celor instalate deja.

Atenţie sporită trebuie acordată ameliorării protecţiei mediului, controlul poluării, măsuri de prevenire a folosirii imprudente a medicamentelor, a drogurilor, a unor substanţe stimulante sau depresive, a alcoolului şi tutunului, în special de către viitoarele mame.

Aceleaşi măsuri de prevenţie se urmăresc şi în rândul copiilor preşcolari. În domeniul sănătăţii publice se impun o serie de activităţi educative, care să recomande cu insistenţă adoptarea unui stil de viaţă care să ofere maximum de protecţie prin evitarea şi înlăturarea, pe cât posibil, a cauzelor prenatale, perinatale şi postnatale ale handicapurilor. Pentru ca această

recomandare să-şi găsească aplicabilitatea este nevoie de o informare şi educare susţinută a publicului şi de formare a specialiştilor, care să susţină campanii de prevenire a apariţiei handicapurilor. Important este faptul ca nu numai personalul medical, ci şi cel paramedical şi, în primul rând, cadrele didactice să posede o pregătire adecvată pentru a se preocupa de o reală prevenire şi chiar de intervenţie în cazuri de urgenţă. Se recomandă cunoaşterea cât mai exactă a simptomelor şi semnelor handicapului, pentru a se lua imediat măsuri şi acţiuni de remediere, care pot preveni handicapul sau cel puţin să conducă la o reducere semnificativă a severităţii deficienţei, pentru împiedicarea transformării acestor stări în ceva permanent. *În toată această acţiune, acolo unde deficienţele au apărut, familiile trebuie să beneficieze de o orientare şi educare adecvată.*

2.Reabilitarea/recuperarea funcţiilor pierdute

Procesul de dezvoltare şi maturizare a copiilor cu cerinţe educative speciale, necesită o atenţie sporită din partea factorilor cu responsabilităţi în această direcţie, prin organizarea unor activităţi adecvate, diversificate.

Cea mai importantă şi amplă acţiune a factorilor de intervenţie este depistarea şi stabilirea cât mai exactă a diagnosticului şi intervenţia timpurie a tuturor organismelor implicate, şi nu în ultimul rând al factorilor educativi. În mod firesc, părinţii care sesizează existenţa unui defect sau maladii apelează la medic. Mai puţin este îndreptăţită atitudinea unor părinţi la aflarea unui diagnostic stabilizat de a nu accepta faptul ca atare şi de a investiga alţi medici şi alte terapii, neglijând sau chiar ignorând necesitatea instituirii unor acţiuni educative cu caracter recuperator. De altfel, practica tradiţională s-a bazat pe scheme de tratamente şi servicii oferite în mediul instituţional (spitale), adesea conduse exclusiv de cadre medicale.

Situaţia trebuie treptat ameliorată de programe în care, pe lângă serviciile medicale, să fie implicate şi cele pedagogice, sociale, în ideea sprijinirii familiei pentru depăşirea consecinţelor determinate de situaţia apărută. Comunitatea, de asemenea, trebuie implicată în sensul înţelegerii faptului că orice persoană cu handicap, mai mult sau mai puţin sever, este menită să trăiască, să se dezvolte şi să se manifeste independent, dacă li se oferă servicii adecvate.

În activitatea de recuperare se pune accentul, în primul rând, pe abilităţile individului, sens în care se găsesc unele resurse pentru recuperare şi în familiile persoanelor cu incapacităţi. Important este ca familia să nu ajungă la acte de disperare, să se menţină unită, pentru a îndeplini în condiţii optime procesul reabilitării deficientului. Pentru aceasta trebuie valorificate la maximum obiceiurile şi structurile familiei şi chiar ale comunităţii, promovându-se abilităţile necesare acestora, de a răspunde nevoilor individului handicapat. Important este ca recuperarea, sprijinită de serviciile comunităţii, să se deruleze în mediul firesc, în cadrul structurilor existente (de exemplu, în policlinica localităţii, într-o instituţie de învăţământ, etc.), apelând la instituţii specializate numai în măsura în care este necesară educaţia specială

Programele de recuperare trebuie să includă pregătire de autoservire, autonomie personală de mobilitate, de comunicare şi alte abilităţi necesare vieţii cotidiene. Aceste programe trebuie să permită persoanelor cu handicap să ia parte la planificarea şi organizarea acţiunilor pe care ele şi familiile lor le consideră necesare pentru recuperare.

Procesul de recuperare necesită uneori proteze tehnice sau echipamente materiale, situaţie în care se impune ca personalul specializat să asigure acţiuni de utilizare şi acomodare în folosirea acestora. Pentru orice activitate recuperatorie, persoanele deficiente nu trebuie

separate de familia şi comunitatea lor. Durata staţionării în instituţii specializate, ca şi reinternările , trebuie să fie cât mai reduse, în schimb trebuie intensificate eforturile de a dezvolta servicii de recuperare ce pot fi integrate în alte servicii (în şcoli), care să fie cât mai uşor accesibile.

2.2.Metodele psihopedagogiei speciale

Ştiinţă de graniţă între psihologie şi pedagogie, Psihopedagogia Specială se foloseşte de metodele acestor ştiinţe, imprimându-le un caracter specific, în funcţie de tipul de handicap, de gravitatea acestuia, de existenţa unui cumul de deficienţe (pentru deficienţii de auz şi pentru cei cu tulburări de vorbire). Metodele bazate pe probe nonverbale şi pe studiul unor comportamente practic-acţionale pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activităţii psihice în comparaţie cu acele tehnici în care sunt implicate construcţii verbale; pentru deficienţii de vedere se vor evita metodele care se bazează exclusiv pe stimuli vizuali etc. Cel mai frecvent sunt folosite următoarele metode: observaţia, experimentul, testele, conversaţia, analiza produselor activităţii, anamneza etc.

a)Observaţia:

- are drept scop culegerea unor date cu privire la comportamentul deficienţilor, caracteristicile şi evoluţia lor psihică, nivelul deprinderilor şi a aptitudinilor intelectuale;
- are avantajul de a permite studiul subiectului în condiţiile obişnuite de activitate, evitând situaţiile artificiale;

- cercetătorul să-şi fixeze locul de desfăşurare a observaţiei, scopul, să-şi noteze în protocol datele observate, să-şi procure din timp mijloacele tehnice de înregistrare (dacă este cazul);

- subiectul nu trebuie să ştie că este observat în mod special;

- etc.

b)Experimentul:

- **natural** – se desfăşoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea desfăşurată de către subiect, la care se solicită răspuns, sau prin organizarea unor activităţi (ludice, de învăţare, de formare a deprinderilor practice etc.) în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situaţii deosebite. De exemplu, experimentul **psihopedagogic** răspunde acestor cerinţe şi îşi dovedeşte utilitatea în procesul instructiv-educativ, când se pot preda unele cunoştinţe prin alte metode decât cele obişnuite pentru a le verifica eficienţa etc. ;

- experimentul de laborator – are loc în laborator, deoarece pentru măsurarea şi înregistrarea reacţiilor subiectului trebuie folosită aparatură specială, fiind necesară o mai mare precizie.

c) Testele:

-probe standardizate şi etalonate, cu mare răspândire pentru valoarea rezultatelor. Testele pot fi aplicate colectiv sau individual şi sunt adaptate la nivelul vârstei. În general, testele vizează o însuşire, o funcţie sau un proces psihic şi nu ansamblul psihismului uman. Nu toate testele ce se aplică la persoanele cu dezvoltare psihică normală pot fi utilizate şi la diferitele categorii de deficienţi, deoarece unele depăşesc nivelul de înţelegere şi capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerinţele probei. Multe teste au fost adaptate, de către specialişti, specificului diferitelor categorii de deficienţi. Pentru unele categorii de deficienţi,

de exemplu, pentru surdo-muţi sau pentru deficienţii mintal sever, singurele teste edificatoare sunt cele neverbale, care sunt bazate pe simboluri imagistice sau pe ansamblări de obiecte. Aplicarea testelor verbale este posibilă la persoanele cu deficienţă de vedere, la cei cu debilitate mintală, ca şi la persoanele cu tulburări de comportament, deoarece această categorie de teste operează cu cuvinte şi cifre ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Din multitudinea testelor, specialiştii vor alege testele care pot fi adaptate specificului condiţiei deficienţilor cărora se aplică.

d) Conversaţia:

-prezintă avantajul că deficienţii nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri şi manifestă un oarecare infantilism în elaborarea răspunsurilor, deşi se desfăşoară cu dificultate la unele categorii de deficienţi. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înţelegere şi o formă ce poate fi receptată de subiecţi (limbajul gestual sau al dactilemelor pentru surdo-muţi, limbajul verbal, însoţit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înţelegerea şi verbalizarea, pentru deficienţii mintal etc.)

e)Analiza produselor activităţii:

- poate constitui un mijloc de cunoaştere a subiecţilor, dar şi de psihodiagnoză (desenele, produsul grafic, în general scrisul, diferitele produse de modelaj, eficientă este şi analiza modului de păstrare a rechizitelor şcolare, a cărţilor şi caietelor etc.).

f)Anamneza:

- se poate folosi cu eficienţă maximă pentru stabilirea momentului instalării deficienţei şi a cauzelor acesteia, ca şi pentru studiul evoluţiei subiectului şi al episoadelor mai importante din viaţa sa. Informaţii pertinente pot fi luate de la părinţi sau alţi membri ai familiei, rude, membri ai anturajului copilului şi bineînţeles pot fi luate în considerare şi

relatările copilului investigat, dacă este posibil. În situaţia în care părinţii sunt iresponsabili medical sau moral, se vor folosi datele obţinute de la instituţiile de ocrotire, fişa medicală, fişa de caracterizare, în cazul în care subiectul a urmat vreo formă de învăţământ etc.

Am enumerat doar câteva dintre metodele de largă aplicabilitate, conştienţi fiind de faptul că în multe studii se apelează la metode diferite sau la o combinare a acestora, pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora se poate efectua **g)<u>analiza de caz</u>,** ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe şi prin observarea comportamentului în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz se iau în considerare toate datele personale ale subiectului, începând de la cele familiale şi de etiologie, ajungând la evidenţierea principalelor caracteristici psihice şi terminând cu creionarea profilului psihologic în care să se stabilească diagnosticul şi prognosticul evoluţiei probabile pe scurtă şi lungă durată

În strânsă legătură cu noţiunile de instrucţie, educaţie şi compensare se află noţiunea de *recuperare*, adică valorificarea la maximum a posibilităţilor deficienţilor, prin antrenarea funcţiilor psihofizice valide, încât să poată suplini activitatea funcţiilor deficitare, în vederea facilitării încadrării deficientului în viaţă. În acelaşi timp, prin compensare/recuperare se urmăreşte pregătirea psihologică a individului pentru crearea unei stări afectiv-motivaţionale pozitive. În acest sens se apelează la factori de natură psiho-pedagogică, cât şi la cei de natură medicală, fără a pierde din vedere faptul că numai o bună conlucrare, colaborare, îmbinare a lor devine eficientă.

<u>1. Recuperarea pedagogică (prin învăţare)</u>

Prin învăţarea recuperatorie se urmăreşte căutarea de soluţii care să sporească activismul elevilor deficienţi, în vederea dobândirii unor cunoştinţe cât mai eficiente şi exacte. De aceea se impune:

- activitatea de recuperare prin intermediul învăţării să înceapă cât mai de timpuriu, de la vârsta preşcolară;
- la deficienţii de limbaj, de vedere şi deficienţii motrici recuperarea se poate realiza printr-o învăţare predominant intelectuală, pe când la deficienţii mintal va fi predominant afectivă şi motivaţională;
- la deficienţii de auz se optează pentru combinarea acestor forme de învăţare.;
- la formele de învăţare enumerate se mai pot adăuga învăţarea morală, învăţarea motrică, care se aplică la toate categoriile de deficienţi, ca o condiţie fundamentală pentru recuperare.

Învăţarea intelectuală este destinată acumulării de informaţii şi însuşirea unui aparat conceptual menit să faciliteze operarea cu aceste informaţii. De aceea instruirea se face prin modele verbale. Pentru înţelegerea şi asimilarea celor predate elevul trebuie să capete deprinderi de a codifica simboluri lingvistice scrise sau orale, ceea ce pune în funcţie capacitatea de a gândi, de a memora, de a fi atent, etc.

Prin predarea normelor morale, religioase a valorilor socio-culturale, formarea unor abilităţi, se realizează învăţarea afectivă, psihomorală, psihocomportamentală, urmărind trezirea de sentimente, convingeri, atitudini, aspiraţii, idealuri, modele de comportare în viaţă.

La deficienţi, activitatea factorilor emoţionali devine o condiţie esenţială în asigurarea reuşitei oricărei forme de învăţare (învăţarea nu se reduce la asimilarea de cunoştinţe, căci formarea motivaţiei nu se poate realiza fără stimularea condiţiilor intime ale subiectului).

Fenomenul formativ capătă valenţe noi la deficienţi şi asigură elaborarea de comportamente ce se pot adapta la situaţia dată şi la contextul relaţiilor interpersonale în care îşi desfăşoară subiectul activitatea.

Tendinţa de imitate spontană şi preluarea necritică a unor modele comportamentale se transformă, odată cu progresele obţinute pe linia recuperării şi a dezvoltării personalităţii, în condiţii de analiză a informaţiilor primite, ceea ce face din învăţarea socială o altă modalitate formativă pentru individul deficient.

Unii psihologi ca Leontiev, Galperin, Elkonin consideră condiţionarea socială a comportamentului ca latură a învăţării dependentă de procesul interiorizării şi al înţelegerii normelor sociale. Eficienţa învăţământului special constă în aceea că învăţarea nu se limitează doar la asimilarea de cunoştinţe, ci pe formarea de comportamente, atitudini, stări emoţionale, reacţii motivaţional-volitive.

Datorită fenomenului empatic ce se manifestă la toate categoriile de deficienţi, se învaţă relaţionarea socială cu cei din jur, ceea ce contribuie la identificarea psihologică cu modelul. Astfel „Ego” realizează o transpoziţie şi referinţă în raport cu „Alter” ajungând la elaborarea de conduite cât mai variate. Implicând decentrarea Eului, empatia devine modalitate pentru stabilirea relaţiilor interpersonale şi crearea unui climat afectiv în colectivitate. Orice om învaţă de la alţii, iar deficientul devine în multe cazuri dependent de ceea ce vine în contact cu altul. În funcţie de modul în care reuşim să-l cointeresăm şi să-i creăm o motivaţie corespunzătoare, realizăm relaţii de armonie în grup, iar atunci când este dezinteresat şi participarea este coercitivă, interacţiunea grupală este dizarmonică şi finalizarea unor comportamente pozitive devine aleatoare. Atât învăţarea, cât şi activismul subiectului trebuie stimulate printr-o serie de întăritori, aplicaţi cu consecvenţă, pe bază de

laudă, încurajare, recompensă, îndemn, formarea conştiinţei sentimentului datoriei, admonestarea, sancţionarea verbală şi materială, penalizarea prin notă, etc.

2.Recuperarea prin psihoterapie

Datorită faptului că unii autori de prestigiu, printre care W. Kretschmer, au rezerve cu privire la folosirea psihoterapiei în debilitatea mintală sau în alte cazuri grave de privare senzorială ce au o natură organică, această metodă de recuperare se aplică sporadic în unităţile pentru deficienţi senzoriali şi de intelect. În realitate, psihoterapia poate fi considerată ca o metodă ce contribuie la recuperarea psihică şi psihosocială a deficienţilor de limbaj, motori, senzoriali şi chiar în deficienţa mintală uşoară sau medie; ea nu înlătură handicapul ca atare, dar reface spiritul, fortifică personalitatea, înlătură anxietatea şi izolarea, creează motivaţii şi activează pulsiunile individului în procesul recuperatoriu. Metodele, tehnicile psihoterapiei sunt dependente de o serie de factori ce ţin de structura psihică, vârsta, nivelul intelectual, natura şi gradul deficienţei.

Dintre multiplele forme de psihoterapie cu mai multă eficienţă se impun:

- **psihoterapia sugestivă,** prin care sunt vizate aspectele care pot facilita încrederea în propriile forţe, în posibilitatea de a suplini funcţiile afectate, ca valorificarea potenţialului uman restant, crearea unei atitudini favorabile învăţării şi activităţii, estomparea complexului de inferioritate, a anxietăţii şi izolării faţă de cei din jur, depistarea resurselor psihice şi fizice necesare pentru depăşirea unor dificultăţi ce păreau de neînlăturat. Psihoterapeutul îşi poate impune propria voinţă, orientând şi direcţionând activitatea subiectului spre acele situaţii care îi uşurează recuperarea;

- **psihoterapia de relaxare,** care urmăreşte rezolvarea unei game mai largi de afecţiuni şi se foloseşte de sugestie, dar nu se limitează la aceasta. Psihoterapia de relaxare

poate fi denumită şi „activatoare” deoarece constă atât în limitarea activă a comenzilor psihoterapeutului, cât şi în participarea conştientă în vederea redării unor funcţii predominant vegetative, mobilizând şi voliţional subiectul. Prin utilizarea formelor de relaxare se urmăreşte organizarea vieţii voliţionale şi direcţionarea subiectului spre realizarea tehnicii de lucru, pentru a obţine o participare conştientă şi voluntară. Psihoterapeutul va organiza în aşa fel şedinţele, încât prin eliminarea pe cât posibil a stimulilor externi să determine concentrarea durabilă a subiectului asupra comenzilor primite. Astfel, stările tensionale, hiperexcitabile, stresante, ce antrenează o activitate neuromusculară rigidă şi neadecvată la situaţie, se ameliorează tocmai prin relaxarea fizică a întregului organism. Pe baza relaxării sistematice a psihicului prin intermediul fizicului se produce ceea ce E. Jacobson numea „relaxare progresivă”. Exersând o asemenea tehnică pe o anumită perioadă de timp, subiectul va reuşi să-şi formeze deprinderi pentru liniştirea fizicului şi spiritului.

Dintre toate tehnicile de relaxare, metoda Schultz este cel mai frecvent folosită, deoarece ea creează starea de relaxare prin parcurgerea mai multor faze în care confortul fizic şi psihic devine tot mai accentuat, ceea ce face ca subiectul să se implice afectiv-voliţional în activitatea respectivă.

În mod frecvent, în terapia bâlbâielii (logonevrozei) se foloseşte metoda elaborată de Kurka (vizionarea unui film mut, iar subiecţii trebuie să povestească ceea ce percep, fiecare îndeplinind un anume rol). De asemenea, se mai foloseşte şi aşa zisa „terapie motorie de descărcare” elaborată de către Trojan (terapia prin vis treaz dirijat), etc.

Pentru a avea o eficienţă optimă, important este ca în psihoterapie relaţia dintre terapeut şi subiect să fie cu o încărcătură afectivă pozitivă, dialogul ce are loc trebuie să se desfăşoare într-o atmosferă agreabilă, care să întărească prestigiul psihoterapeutului prin

atitudinea sa care degajă simpatie şi încredere deplină. Psihoterapia poate fi aplicată individual sau în grup.

Jocul (ludoterapia) se constituie ca modalitate terapeutică pentru toate categoriile de deficienţi, realizându-se numeroase funcţii distractive ce duc la crearea unor dispoziţii şi determină deconectarea de la situaţiile tensionate şi traumatizante. Formele de terapie bazate pe loisir contribuie la depistarea şi pătrunderea în intimitatea complexă a Eului subiectului, a mecanismelor motivaţionale şi a resurselor afective, în stabilirea relaţiilor grupale de antrenare în activitate şi de formare a sistemului atitudinal, ceea ce facilitează proiecţia personalităţii. Asemenea forme întăresc procesul formativ al psihoterapiei şi contribuie la refacerea psihofizică a subiectului, facilitând aportul diverselor modalităţi compensatorii, ducând în timp la recuperare.

3. Recuperarea prin terapie ocupaţională

La diferitele categorii de deficienţi, cele mai semnificative terapii ocupaţionale sunt ludoterapia, meloterapia, terapia prin dans şi ergoterapia. Unii deficienţi manifestă interes pentru muzică, pictură, dans, ceea ce duce la ideea alcătuirii unor grupuri care să fie interesate de astfel de activităţi. Forma principală de terapie ocupaţională o constituie ergoterapia, adică integrarea subiecţilor într-o activitate cu caracter social, în care să-şi valorifice la maximum potenţialul psihic şi fizic restant.

Importanţă majoră o constituie respectarea condiţiei de a ţine seama de tipul deficienţei, vârsta, sexul, cât şi de depistarea modalităţilor de stimulare a funcţiilor intacte, posibilitatea de a compensa lipsa de activitate a funcţiilor deficitare. Important este, de asemenea, ca activitatea desfăşurată să se apropie cât mai mult de condiţiile şi formele de muncă obişnuite, pentru a se forma deprinderile şi abilităţile necesare integrării profesionale şi

sociale. În acelaşi timp se urmăreşte ca prin ergoterapie să se înlăture unele comportamente puerile, aberante, ca şi tulburările afectiv-emoţionale, precum şi stimularea activităţii psihomotorii şi adaptarea unor obiceiuri sociale integrativ - adaptive.

Efectele optime ale recuperării se pot aprecia atunci când subiecţii deficienţi îşi dezvoltă o serie de capacităţi fizice şi abilităţi care îi fac apţi pentru:

- o oarecare autonomie personală;
- exercitarea unei ocupaţii sau profesii, eventual a unor operaţii de muncă fizică;
- comportamente adecvate la diferite situaţii, ceea ce facilitează integrarea socială;
- comunicare prin limbaj oral sau scris, printr-o continuă înţelegere a lumii înconjurătoare şi a relaţiilor cu alţii;
- dezvoltarea unor opţiuni, atracţii, preferinţe şi chiar interese cât mai diverse;
- dezvoltarea simţului de responsabilitate şi de autoconducere;
- formarea unor capacităţi de a aprecia şi de a prevedea desfăşurarea situaţiilor viitoare;
- însuşirea abilităţilor locomotorii şi a dexterităţilor manuale.

CAPITOLUL III

SISTEMUL RAMURILOR PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

Teoria şi practica defectologică urmăreşte ridicarea nivelului teoretic al acţiunii psihopedagogice. Extinderea şi adâncirea investigaţiilor ştiinţifice au în vedere, pe de o parte, perfecţionarea continuă a metodelor, procedeelor, adaptarea tehnicilor de lucru la particularităţile psihofizice ale diferitelor categorii de copii deficienţi, iar pe de altă parte, intensificarea muncii psihopedagogie speciale în raport cu obiectivele majore ale recuperării. Acestea trebuie să fie pe măsura resurselor potenţiale de dezvoltare ale acestor copii, urmărind apropierea învăţământului special de învăţământul de masă. Sistemul disciplinelor

învăţământului special, determinat de profilul psihopedagogic, în funcţie de principalele categorii de deficienţi, s-a constituit în numeroase ramuri şi subramuri.

3.1.Problematica psihopedagogiei deficienţilor mintal

Datorită diversităţii deficienţelor mintale, precum şi a multitudinii factorilor implicaţi în complexitatea problematicii acestei stări, în lucrările de specialitate, de la un autor la altul, se utilizează o varietate de termeni sinonimi**.** Astfel, termeni ca: deficienţă mintală, înapoiere mintală, întârziere mintală, insuficienţă mintală, oligofrenie, encefalopatie infantilă, debilitate mintală, subnormalitate mintală etc., exprimă categoria largă a handicapaţilor mintal. De fapt, unii dintre aceşti termeni (înapoiere, întârziere) provoacă confuzii, deoarece sugerează posibilitatea revenirii la o stare de normalitate, iar alţii (oligofrenie, encefalopatie infantilă) au un pronunţat caracter medical, punând accent pe afecţiunile structurii nervoase. Aşadar, nici unul din termenii amintiţi nu semnifică gradele sau profunzimea handicapului, ceea ce ne determină să folosim termenul de deficienţă mintală/de intelect pentru toate categoriile de deficienţi, iar apoi termeni diferiţi pentru fiecare categorie. În sens larg, sinonim cu termenul de deficienţă mintală /de intelect, vom folosi conceptul generic de handicap mintal/de intelect.

Termenul de deficienţă mintală nu se referă la o entitate, la un anumit sindrom, la un tablou clinic unitar, deci nu îi corespunde vreo unitate structural-funcţională de ordin biologic sau psihologic şi, de aceea, este dificil de oferit un profil psihologic al deficientului mintal. Deficienţa mintală nu constă doar în tulburarea inteligenţei, ci a întregii personalităţi. Nivelul scăzut al inteligenţei fiind doar un simptom al dezvoltării psihice generale.

Caracterizarea şi definirea handicapului din perspectivă interdisciplinară, permite proiectarea unor programe educaţional-recuperative, ce au în vedere caracteristicile bio-psihice, potenţialul ce poate fi stimulat şi direcţia de acţiune, nivelul probabil de atins în demersul integrării sociale şi profesionale.

Deficienţa mintală este considerată o insuficienţă intelectuală globală, de natură ereditară sau dobândită în urma unor leziuni organice sau funcţionale ale SNC, manifestate în diferite grade de întârziere în dezvoltarea mintală şi cu consecinţe negative în procesul adaptării şi integrării şcolare şi socio-profesionale. Deficienţa mintală presupune o organizare specială a structurilor şi funcţiilor personalităţii, care imprimă o tipologie specifică a dezvoltării, organizării şi integrării.

Pentru delimitarea unor caracteristici definitorii pentru întreaga categorie de deficienţi mintal este necesar a realiza o analiză prin raportarea handicapaţilor la:

- alţi deficienţi cu forme diferite decât cea de intelect;
- indivizii normali de aceeaşi etate mintală, indiferent de vârsta cronologică;
- copiii normali mai mici ca vârstă cronologică şi de aceeaşi vârstă mintală;
- indivizi normali de aceeaşi vârstă cronologică;
- copiii normali de aceeaşi vârstă mintală şi la indivizii de aceeaşi vârstă cronologică;
- alţi handicapaţi din aceeaşi categorie.

Desprinderea trăsăturilor fundamentale pentru domeniul psihopedagogiei handicapaţilor de intelect este deosebit de utilă deoarece în funcţie de acestea se optează pentru o anumită metodologie a instruirii, educării şi recuperării, utilizând tehnici, modalităţi de investigare şi psihodiagnoză, de cunoaştere şi de acţiune în general. Din această

perspectivă, importanţă hotărâtoare capătă sublinierea şi luarea în considerare a specificităţii deficienţei de intelect

Deficienţa mintală se referă la fenomenul lezării organice şi/sau al afectării funcţionale a sistemului nervos central, cu consecinţe negative asupra procesului maturizării mintale, al dezvoltării sub diferite aspecte la individul în cauză. Handicapul mintal reprezintă dezavantajul pe care deficienţa mintală îl creează în planul relaţiilor de adaptare şi integrare ale individului respectiv cu mediul social căruia îi aparţine.

Stabilirea cauzelor întârzierii mintale constituie o problemă de cea mai mare importanţă practică. Pe măsură ce se vor acumula noi date în acest domeniu, vor creşte posibilităţile de profilaxie sau de tratament medicamentos al întârzierii mintale.

Cu toate progresele realizate se poate afirma însă că explorarea ştiinţifică a fenomenului este abia la început. Însăşi faptul că se descoperă constant efectul nociv al unor factori nebănuiţi anterior este o garanţie că ştiinţa va oferi într-o zi mijloacele de prevenire a întârzierii mintale.

3.1.1. Etiologia deficienţelor mintale

Etiologia (gr.«Aitia»= «cauză», «Logos»= «ştiinţă») reprezintă o disciplină care studiază cauzele unui fenomen (în special maladii), dezvăluind originile şi evoluţia sa.

Etiologia este definită în Larousse ca „parte a medicinei care studiază cauzele bolilor”. În această definiţie, sintetică şi foarte cuprinzătoare, „cauzele” pot fi examinate sub aspecte multiple. Diversele „cauze” pot acţiona în momente diferite ale dezvoltării individului,

în domenii diferite (cu toate că rezultanta finală este comună: instalarea unei stări de insuficienţă intelectuală).

Adeseori nu se poate indica în mod precis care a fost factorul etiologic într-un caz individual. Aceiaşi factori patogeni dau efecte diferite, în funcţie de etapa ontogenetică în care au acţionat. Invers, factori patogeni variaţi duc la manifestări identice, dacă au acţionat în una şi aceeaşi etapă ontogenetică.

În cele mai frecvente cazuri, deficienţa mintală a unui copil este efectul sumării mai multor factori, care au acţionat concomitent sau în etape succesive ale dezvoltării. În unele cazuri se constată coincidenţa frecventă a doi factori, fără ca între ei să existe o legătură cauzală directă.

Există multiple clasificări ale cauzelor întârzierii mintale, şi anume:

- în funcţie de natura cauzelor (agenţi patogeni, mecanici, ş.a.m.d.);
- în funcţie de relaţia dintre ereditate şi mediu (factori endogeni şi exogeni);
- în funcţie de momentul acţiunii factorului cauzativ (prenatale, perinatale şi postnatale).

-

3.1.1.1. Factori ereditari

Ereditatea este însuşirea fundamentală a materiei vii de a transmite, de la o generaţie la alta, mesajele de specificitate (ale speciei, ale grupului, ale individului) sub forma codului genetic.

În cazul actual al cunoaşterii şi stăpânirii mecanismelor eredităţii se poate afirma că rolul său în dezvoltare, mai ales în dezvoltarea psihică, este de premisă naturală. Această

premisă, cu acţiune probabilistă, poate oferi individului o şansă (ereditatea normală) sau o neşansă (ereditatea tarată).

Trebuie specificat că prin ereditate nu se transmite deficienţa mintală ca atare, ci anumite particularităţi anatomo-fiziologice care vor influenţa relaţiile copilului cu mediul.

3.1.1.2. Factori extrinseci

Factorii extrinseci ai deficienţei mintale cuprind toate accidentele survenite din momentul concepţiei, pe tot parcursul stadiului vieţii intrauterine, ale naşterii şi până la sfârşitul primei copilării.

În raport cu etapa ontogenetică în care acţionează, aceşti factori se subâmpart în: prenatali, perinatali şi postnatali.

a) Factori prenatali

Ereditatea este factorul etiologic premergător tuturor celorlalte cauze posibile.

În general se admite că 40% din copii sunt deficienţi mintal, în cazul când unul din părinţi este deficient. Când ambii părinţi sunt deficienţi mintal, procentul copiilor anormali creşte la 60%. În unele cazuri, influenţa genetică asupra dezvoltării psihice are un caracter mai direct, printr-o anumită structură morfologică, cum este în cazul microcefaliei familiale. Alteori, deficienţa mintală este determinată de ereditate într-un mod indirect, prin transmiterea unor deficienţe în metabolismul anumitor substanţe.

Cu cât influenţele eredităţii asupra deficienţei mintale au un caracter mai indirect, cu atât potenţele native reduse pot fi ameliorate mai mult în condiţii de viaţă favorabile.

Infecţiile de natură virotică:

Mamele care au suferit de rubeolă în timpul sarcinii pot da naştere unor copii cu un oarecare grad de deficienţă mintală. Urmările bolii sunt cu atât mai pronunţate cu cât ea are loc într-o perioadă mai timpurie a sarcinii. S-a stabilit că atunci când mamele s-au îmbolnăvit în prima lună de sarcină, 47% dintre copii au prezentat diferite anomalii somatice şi psihice, când îmbolnăvirea a avut loc în luna a doua de sarcină, copii anormali au fost în proporţie de 20%, iar atunci când boala a avut loc în luna a treia procentul a scăzut la 7%.

Infecţiile de natură bacteriană:

Tuberculoza congenitală, care, dacă acţionează în primele luni de sarcină, poate determina fie un avort spontan, fie afectarea dezvoltării psihice ulterioare, inclusiv afectarea dezvoltării mintale a copilului.

Sifilisul congenital, în care există situaţii de dezvoltare aparent normală, în primii ani de viaţă, pentru ca ulterior să se producă deteriorări evidente ale capacităţii mintale şi ale conduitei adaptative.

Infecţiile cu protozoare:

Acestea au ca reprezentant principal toxoplasmoza congenitală, provocată de un protozoar (toxoplasma) preluat de la animale. Deşi pentru mama însărcinată, această maladie nu prezintă pericole deosebite, desfăşurarea ei putând fi confundată cu o stare gripală obişnuită (dureri de cap, temperatură), afectarea fătului cu toxoplasmă are consecinţe grave, cu atât mai accentuate, cu cât infecţia s-a produs mai de timpuriu, deficienţa mintală a copilului asociindu-se, ulterior, cu diverse afecţiuni somatice, cu microcefalie sau cu

hidrocefalie, alături de alte afecţiuni la nivelul ţesutului nervos, cu modificări patologice oculare, etc.

Incompatibilitatea factorului Rh:

Se produce atunci când o mamă cu Rh negativ, este purtătoare a unui făt cu Rh pozitiv moştenit de la tată. În cazul când o eritrocită a fetusului trece prin bariera placentei şi intră în sistemul sanguin al mamei, organismul ei produce anticorpi, care pot afecta şi sistemul nervos al viitorului copil.

Vârsta părinţilor:

Pe baza statisticilor efectuate s-a stabilit că la mamele în vârstă de peste 45 de ani riscul de a da naştere unui copil deficient mintal creşte, mai ales dacă în prealabil a mai născut alţi copii.

Neprielnică se dovedeşte a fi şi vârsta fragedă a mamei. Astfel, la mamele care au avut mai mult de 3 naşteri înainte de a fi împlinit vârsta de 20 de ani, creşte procentul copiilor prematuri şi cu diferite anomalii ale sistemului nervos central.

Radiaţiile :

Acestea constituie o altă cauză ce poate afecta dezvoltarea prenatală a copilului, mai ales în primele 5 luni.

În cazul mamelor, care au suferit în timpul sarcinii un tratament cu raze X, 51% dintre copii au fost anormali.

b) Factori perinatali

Deşi este un proces fiziologic normal, absolut inevitabil la debutul vieţii de sine stătătoare a fiecărui individ, naşterea prezintă pentru copil o schimbare radicală a condiţiilor

de existenţă, schimbare ce se poate desfăşura în contexte mai mult sau mai puţin favorabile, marcând esenţial, şi nu totdeauna pozitiv procesul dezvoltării în continuare.

Anumite traumatisme care au loc în această etapă pot fi cauză a deficienţei mintale, mai ales dacă au acţionat şi alţi factori predispozanţi.

Pe parcursul naşterii, îndeosebi în etapa sa centrală, expulzarea fătului, în prezenţa anumitor condiţii nefavorabile, se pot produce o serie de accidente, ca:

- asfixia, prin ştrangulare cu cordonul ombilical, prin aspiraţie de mucus, prezenţa lichidului amniotic în plămâni, administrarea unor doze prea puternice de anestezice mamei în timpul naşterii, existenţa unor reflexe respiratorii slabe; asfixia poate avea loc şi în uter, din cauza modificărilor regresive ale placentei, atunci când naşterea nu are loc la termen; asfixia este uneori atât de gravă încât copilul se află în stare de moarte aparentă (asfixie albastră), alteori indiciile sunt puţin evidente:

- **hemoragia** (subdurală, subarahnoidală, intracerebrală, intraventriculară sau, mai rar, meningeală) este un alt factor ce poate determina deficienţă mintală;

- **traumatismele** de natură mecanică (prin acţiunea forcepsului asupra craniului sau lovirea acestuia de oasele pelviene ale mamei) este un alt factor care poate provoca deficienţa mintală.

Prematuritatea, postmaturitatea, cu greutate prea mare a fătului, naşterea prin cezariană pot provoca unul sau mai multe din accidentele amintite mai sus, cu consecinţele lor negative asupra dezvoltării ulterioare.

Nu se poate preciza cu exactitate dacă prematuritatea ca atare sau cauzele care au determinat prematuritatea însăşi (o îmbolnăvire a mamei în timpul sarcinii, un tratament

mecanic sau psihic al acesteia, etc.) reprezintă cauza viitoarei stări de deficienţă a celui care se naşte.

c) <u>Factori postnatali</u>

<u>Neuro-infecţiile</u> (meningite, encefalite) provoacă cele mai frecvente cazuri de deficienţă mintală postnatală. După unii autori, 11% din totalul deficienţilor mintal sunt de origine infecţioasă postnatală.

Copiii cu o evoluţie psihică anterioară normală pot prezenta după meningită şi, mai ales, după encefalită, o anomalie mintală mai mult sau mai puţin profundă. Urmările negative ale bolii vor fi cu atât mai pronunţate cu cât procesul inflamator a fost mai extins.

Afectarea nivelului intelectual depinde în cea mai mare măsură de vârsta la care a avut loc boala. Copiii mai mici de 2 ani prezintă în cele mai multe cazuri întârziere mintală, în timp ce copiii mai mari sau tinerii pot rămâne cu un intelect normal.

<u>Traumele mecanice</u>. Deficienţa mintală poate fi provocată, la vârstele timpurii, de o cădere, de o lovitură puternică a craniului care a provocat o fractură a acestuia sau hemoragii intracraniene.

<u>Factorii nutriţionali şi toxici.</u> Carenţa cronică a proteinelor, deshidratarea provocată de gastroenteritele infantile prelungite sunt factori consideraţi de unii cercetători drept cauze ale handicapurilor mintale, dacă acţionează în etapa timpurie a dezvoltării.

Intoxicaţiile cu monoxid de carbon, arsenic şi plumb, atunci când nu provoacă moartea, pot avea ca efect inflamaţia creierului, deficienţa mintală.

Epilepsia se întâlneşte destul de des la handicapaţii mintal, mai ales la cei cu leziuni ale creierului. Interacţiunea dintre deficienţa mintală este complexă. De multe ori cele două

fenomene coexistă, fiind provocate de o cauză comună. De asemenea, în cele mai multe cazuri, epilepsia nu produce o deteriorare mintală.

În cazuri mai rare crizele epileptice frecvente şi puternice pot provoca la copii deficienţa mintală, ca efect al unor fenomene de anoxie, al unor modificări vasculare.

Cazurile de handicap mintal de natură epileptică sunt rare, aproximativ 1% din totalul defectivilor.

Traumatismele afective pot provoca deficienţa mintală. S-a constatat că nivelul mintal al sugarilor despărţiţi de mama lor a scăzut proporţional cu durata despărţirii. Revenirea copilului la mamă a dus la o recuperare a deficitului, care a fost cu atât mai completă cu cât durata separării a fost mai mică.

Izolarea copilului de mediul social, începând de la o vârstă timpurie, nu numai că blochează în mod masiv dezvoltarea sa intelectuală, dar lasă urme şi în structura sistemului nervos.

Se cunosc puţine cazuri care ilustrează această situaţie, dar de fiecare dată modificările psihice au fost atât de pronunţate, încât efectele negative ale absenţei medicului uman sunt pe deplin stabilite.

Trecerea în revistă a numeroşi factori care pot provoca deficienţa mintală ar da impresia că naşterea unui copil cu handicap mintal este un pericol ce ameninţă aproape pe fiecare mamă. În realitate, aceste cazuri apar cu o frecvenţă între 2% - 8% din populaţia totală. Acest fapt se explică prin marile posibilităţi pe care le are în mod obişnuit organismul uman de a se adapta la factorii nocivi.

De asemenea, în cele mai multe cazuri, deficienţa mintală este efectul însumării mai multor factori nocivi, fapt ce se întâmplă mai rar

Deficienţa mintală se referă la fenomenul lezării organice şi/sau al afectării funcţionale a sistemului nervos central, cu consecinţe negative asupra procesului maturizării mintale, al dezvoltării sub diferite aspecte la individul în cauză. Handicapul mintal reprezintă dezavantajul pe care deficienţa mintală îl creează în planul relaţiilor de adaptare şi integrare ale individului respectiv cu mediul social căruia îi aparţine.

Stabilirea cauzelor handicapurilor mintale constituie o problemă de cea mai mare importanţă practică. Pe măsură ce se vor acumula noi date în acest domeniu, vor creşte posibilităţile de profilaxie sau de tratament medicamentos al handicapului mintal.

Cu toate progresele realizate se poate afirma însă că explorarea ştiinţifică a fenomenului este abia la început. Însăşi faptul că permanent se descoperă efectul nociv al unor factori nebănuiţi anterior, este o garanţie că ştiinţa va oferi într-o zi mijloacele de prevenire a unor situaţii de deficienţă mintală.

3.1.2.Clasificarea deficienţelor mintale

Indiferent de forma handicapului stabilirea cauzelor este cea mai dificilă problemă, deoarece, pe de o parte, există o mulţime de factori nocivi implicaţi, iar pe de altă parte, datorită faptului că una sau mai multe cauze pot contribui la provocarea handicapului respectiv. Astfel, factorii etiologici acţionează în diferite perioade ale evoluţiei individului (prenatală, perinatală, postnatală) determinând forme mai uşoare sau mai grave, forme singulare sau asociate, dintre care una este predominantă şi celelalte secundare. Iată câteva dintre cauzele cele mai frecvent întâlnite în cazul deficienţei mintale:

- cauze ereditare, concretizate în aberaţii cromozomiale ce duc la formele endogene ale deficienţei mintale;

- leziuni şi disfuncţionalităţi ale SNC care dau formele exogene de deficienţă mintală, patologice, dizarmonice;

- scăderea funcţiei de procreaţie, datorită vârstei prea fragede sau prea înaintate a părinţilor;

- existenţa unor tulburări degenerative şi metabolice care-şi pun amprenta pe dezvoltarea normală a unor sisteme cerebrale;

- apariţia unor boli infecţioase la vârstele timpurii, care conduc la stagnarea funcţională în circuitele nervoase sau împiedică dezvoltarea cranio-cerebrală;

- anumite traume fizice la nivelul craniului, care pot avea efecte negative asupra SNC;

- intoxicaţiile cu alcool sau alte substanţe chimice au efecte negative şi asupra evoluţiei sistemului nervos;

- stări de oboseală şi de stres a viitoarei mame;

- alimentaţia insuficientă a gravidei datorită situaţiei socio-economice precare, a devenit o cauză frecventă în declanşarea deficienţei mintale;

- privarea afectivă la vârstele mici, care împiedică achiziţiile in plan intelectiv şi defavorizează dezvoltarea psihică;

- expunerea la radiaţii a viitoarei mame sau a copilului de timpuriu, exercită o acţiune negativă asupra dezvoltării generale a organismului etc.

Influenţa acestor factori depinde de rezistenţa organismului, de zestrea ereditară, de perioada în care acţionează şi de nivelul constituirii structurilor nervoase, precum şi de forţa şi durata acţiunii acestor factori. Cunoscându-se acţiunea negativă, unii factori nocivi pot fi

evitaţi în perioada de gestaţie a fătului, mai cu seamă în ontogeneza timpurie a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor asemănătoare adultului.

În urma măsurării coeficientului de inteligenţă (cu ajutorul testelor psihologice), a coeficientului de dezvoltare psihică, a evaluării posibilităţilor de adaptare şi integrare, de formare a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor comunicaţionale şi relaţionare cu cei din jur, apar grade diferite ale handicapului mintal.

Tabloul psihopatologic al deficienţei mintale nu rezultă numai dintr-un complex de elemente de natură intelectuală deficitare, ci şi din anumite modificări din sfera motivaţională, afectivă, volitivă etc. La rândul lor, modificările din sfera motivaţională, afectivă, volitivă etc. nu pot fi înţelese decât în contextul deficienţelor de natură intelectuală. Psihopatologia explică deficienţa mintală ca pe o tulburare de sistem- personalitatea fiind concepută ca un sistem de funcţii psihice în interacţiune ordonată, nonîntâmplătoare, şi nu ca pierderea unei singure funcţii. Deci, orientarea intelectualistă este abandonată în favoarea tendinţelor, potrivit cărora la copiii deficienţi mintal se manifestă o tulburare structurală a întregii personalităţi.

În funcţie de gravitatea deficienţei mintale distingem următoarele grade de manifestare a acesteia:

a) Intelectul de limită sau liminal, cu un Q.I (coeficient de inteligenţă) estimat între 85 şi 90 marchează graniţa dintre normalitate şi handicap. Persoanele în limitele intelectului liminar pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare normalilor şi se integrează eficient socio-profesional.

b) Debilitatea mintală sau handicap de intelect uşor/lejer, cuprinsă între 50 şi 85 Q.I., ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice între 7 şi 12 ani. Debilul mintal se poate ridica până la EM de 10 ani (după testul Binet - Simon). Debilitatea mintală

este gradul cel mai uşor al deficienţei mintale. Deficitul intelectual fiind însă suficient pentru a necesita, în majoritatea cazurilor, instruirea şi pregătirea profesională în instituţii speciale (şcoli ajutătoare şi şcoli profesionale speciale). Absenţa unor anomalii fizice face ca multe persoane cu debilitate mintală să nu se deosebească de normali, trecând uneori neobservaţi în perioada preşcolară, dacă familia se ocupă intens de educaţia lor, memoria ajutându-i să achiziţioneze o serie de cunoştinţe elementare şi cu caracter concret.

Deficitul mintal se manifestă în capacitatea redusă de a coordona datele într-un sistem , de a generaliza şi abstractiza.

Debilii mintal, care au primit o pregătire profesională, mai ales dacă nu prezintă tulburări de personalitate, sunt capabili să-şi câştige în mod independent mijloacele de subzistenţă. Din cauza redusului criticism al gândirii, a caracterului adeseori pueril al afectivităţii, unii debili mintal au nevoie de îndrumarea adulţilor şi după ce au ajuns la o independenţă economică.

Adeseori, la persoanele cu debilitate mintală apar :

- unele anomalii ale motricităţii voluntare complexe ;
- întârziere în debutul mersului şi vorbirii;
- stereotipie şi primitivism ;
- gândire concret – intuitivă (predominant situaţională, caracterizată prin dificultăţi de folosire a operaţiilor gândirii: analiză, sinteza, abstractizare, generalizare, comparaţie şi concretizare);
- lipsă de dinamism;
- inerţia proceselor psihice;
- înclinare spre stereotipie în gândire şi acţiune;

- atitudine critică diminuată;
- iritabilitatea;
- impulsivitatea;
- stare de pasivitate şi lentoare la unii, „prea liniştiţi”, aparent mai disciplinaţi.

A.Binet şi Th.Simon (1916) au ridicat problema simptomelor, a trăsăturilor calitative, adică a „specificităţii” debilităţii mintale. *Q.I.* a constituit prima specificitate atribuită debilului mintal în raport cu copilul normal de aceeaşi EM (etate mintală). Ulterior, prin studii comparative, caută să scoată în evidenţă o anumită specificitate generală, datorată însăşi deficienţei mintale. B.Inhelder (1969) defineşte această specificitate ***„vâscozitate genetică”*** – care ţine de caracterul lent al dezvoltării cognitive. După B. Inhelder, debilul mintal nu poate atinge stadiul gândirii formale, dată fiind nedeterminarea (psihică) construcţiei sale şi, de aici, prezenţa acestei vâscozităţi genetice ca trăsătură specifică. Debilul mintal nu poate recupera întârzierea sa în construcţie, ceea ce îl face să atingă numai stadiul operaţiilor concrete şi să rămână o perioadă mai lungă de timp decât normalul la nivelul punctelor fixate anterior. Aşadar, în plan psihic are loc o dezvoltare lentă, ori se produce stagnarea, fără ca persoana respectivă să poată atinge stadiile superioare. Deci, dezvoltarea rămâne neterminată, ducând la dificultăţi în achiziţiile instrumentale şi de adaptare. De aici, persistenţa elementelor anterioare cu cele care intervin într-un stadiu superior, producând o coexistenţă falsă între nou şi vechi, exprimată prin conceptul de vâscozitate.

Ed.Zigler (1958) caută diferenţa calitativă între normali şi debili mintal, în ***particularităţile motivaţionale*** ale personalităţii deficientului mintal.

M.Roşca (1967) consideră drept patognomonic pentru debilii mintal ***reacţiile stereotipe*** de o rigiditate pronunţată.

R.Zazzo (1960, 1969, 1973) trece de la O.I. la *„heterocronie”*, definită mai întâi ca o noţiune psihometrică (ca o serie ordonată de coeficienţi de dezvoltare) şi apoi, la o „heterocronie” definită ca o structură psihică specifică, în interiorul căreia fiecare element îşi dobândeşte o anumită semnificaţie. R.Zazzo, consideră că debilul mintal se dezvoltă, din punct de vedere psihologic, diferit de la un sector la altul. Heterocronia cea mai evidentă se poate remarca între dezvoltarea fizică şi cea mintală, între dezvoltarea somatică şi cea cerebrală. Diferitele funcţii psihice nu se dezvoltă în mod echilibrat, remarcă relativ valabilă şi pentru persoanele cu dezvoltare psihică normală, deoarece şi în cazul normalilor se creează un uşor decalaj la nivelul unor funcţii (unii au o memorie vizuală mai bună, în timp ce alţii posedă o memorie auditivă mai bună, operaţia de calcul poate fi mai dezvoltată decât capacitatea de formulare verbală şi invers etc. Dar, la normal, dezvoltarea unei funcţii stimulează şi structura evoluţiei alteia, la debilul mintal avansul unei funcţii se poate realiza chiar în detrimentul celorlalte.

R..Fau arată că, atunci când solicitările depăşesc posibilităţile de răspuns se manifestă o altă caracteristică numită ***fragilitatea construcţiei personalităţii***. Operaţiile logice fiind la un nivel scăzut, nu facilitează constituirea de raporturi sociale stabile şi evolutive, deoarece predomină fragilitatea şi infantilismul în comportament. Fragilitatea poate fi disociată (cu manifestări de duritate, impulsivitate şi lipsă de control) şi mascată, ce apare la persoanele cu debilitate mintală care trăiesc într-un mediu securizant, făcând posibilă disimularea trăsăturilor negative.

E.Verza vorbeşte de ***fragilitatea şi labilitatea conduitei verbale,*** ca trăsătură specifică debilităţii mintale. Această caracteristică de specificitate este analizată prin raportarea la performanţele limbajului şi la conţinutul comunicării verbale (competenţa) faţă de situaţiile

variate în care ea se desfăşoară. Relaţia respectivă se manifestă prin neputinţa debilului mintal de a exprima logic-gramatical conţinutul situaţiilor semnificative, de a se menţine la nivelul unui progres continuu şi de a-şi adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări. Retardurile şi tulburările de limbaj, cu o frecvenţă mare, accentuează conţinutul fragilităţii şi labilităţii conduitei verbale.

Rigiditatea, considerată de J.S.Kounin ca particularitate definitorie, ce se bazează pe constatarea că, spre deosebire de copil, adultul are un număr mai mare de „regiuni psihologice”, dar graniţele dintre aceste regiuni devin tot mai rigide pe măsura înaintării în vârstă. Aceste regiuni rigide limitează influenţa funcţională din partea teritoriilor învecinate, determinând o inerţie tipică la nivelul întregii activităţi psihice. Pentru handicapaţii de intelect, regiunile respective sunt pregnant rigide şi nu permit schimbul funcţional normal dintre ele, corespunzător vârstei cronologice, ceea ce l-a determinat pe A.R.Luria să vorbească de inerţia patologică. Ulterior din planul biologic, rigiditatea a fost extinsă de către unii autori şi asupra modului cum funcţionează unele procese sau realităţi psihice, ca: rigiditatea gândirii, a memoriei, a limbajului, a comportamentului etc. (după E.Verza, l996).

Trăsăturile amintite au o specificitate aparte deoarece se manifestă pregnant în toate situaţiile şi la toate persoanele cu debilitate mintală. În schimb, există şi trăsături mai restrânse ale debilităţii mintale, care sunt analizate prin comparaţia simptomatologiei psihice cu evoluţia şi dezvoltarea funcţiilor psihice ale normalului, astfel :

- slabul activism în faţa sarcinii şi posibilităţile reduse de implicare în activitate au la bază o motivaţie deficitară, concretizată în lipsa unor scopuri şi aspiraţii reale, ce sunt însoţite de superficialitate în emiterea judecăţilor de valoare;

- apariţia caracteristicii de infantilism afectiv, cu o marcantă instabilitate în relaţiile afective şi cu trecere frecventă de la o stare emotivă la alta;

- carenţele care se manifestă cel mai pregnant sunt cele din cadrul proceselor cognitive şi care sunt în strânsă legătură cu posibilităţile de instruire şi educare;

- manifestarea atenuată a unor categorii de senzaţii sau posibilităţi elementare de percepere a însuşirilor esenţiale ale obiectelor şi fenomenelor (diferenţierea cu dificultate a formei, a mărimii, a spaţiului şi a timpului);

- elementele definitorii ale obiectelor sunt observate anevoios ca urmare a deficienţelor atenţiei şi a cunoştinţelor insuficiente, a reprezentărilor sărace, lipsite de detalii, disfuncţionalităţi în combinarea imaginilor;

- în gândire predomină şablonismul, stereotipia, inerţia şi neputinţa de a rezolva pe căi originale probleme. Aceste caracteristici sunt amplificate de înregistrarea mecanică a datelor, deficienţe pe linia memoriei logice, neînţelegerea datelor, neajunsuri care facilitează sesizarea cauzalităţii fenomenelor şi acumularea de experienţe deosebite.

Datele privitoare la debilitatea mintală prezentate mai sus, în mare măsură, satisfac cerinţele impuse de definiţia dată de către R..Zazzo, conform căreia „debilitatea mintală este prima zonă a insuficienţei mintale, insuficienţă relativă la exigenţele societăţii, exigenţe variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta - insuficienţă a cărei factori determinanţi sunt biologici (normali sau patologici) şi cu efecte ireversibil în studiul actual al cunoştinţelor”.

M.Chiva (1973) afirmă că debilii „normali” (debilitate endogenă sau debilitate mintală înnăscută) deveniţi adulţi, se adaptează mai bine decât debilii mintal „patologici” (debilitate exogenă sau debilitate mintală dobândită) la aceleaşi cerinţe sociale, iar deficienţa debililor

mintal endogeni trece frecvent neobservată în mediul social. În acest sens, M.Chiva susţine că e mai legitim să vorbim despre „tablourile” debilităţii mintale, decât despre un tablou unic al debilităţii, deoarece ea poate fi „normală” (determinată de un mecanism genetic normal) sau „patologică” (când factorii determinanţi nu pot fi asimilaţi unui mecanism genetic normal).

Cercetările comparative (A.A.Strauss, M.Chiva, M.G.Hurtig, M.Santucci) relevă faptul că, în timp ce debilii endogeni se prezintă aproape normali pe plan motor şi psihomotor, cei exogeni, datorită unor leziuni ale SNC, prezintă accentuate insuficienţe motorii şi psihomotorii, precum şi de structurare spaţio-temporală, de organizare perceptivă, de ritm etc. (R .Zazzo)

Persoanele cu debilitate mintală, datorită trăsăturilor specifice prezentate mai sus, ajung totuşi la formarea deprinderilor de citit-scris, de calcul aritmetic, de operare elementară în plan mental, fără a atinge nivelul gândirii formale: achiziţionează unele cunoştinţe în comunicare şi comportament, se pot integra în activitate şi viaţa socială dar, în general, nivelul dezvoltării lor psihice şi de adaptare rămâne limitat.

Termenul de **„**pseudodebilitate mintală”este introdus de elevii lui Morel (1859) şi anume: Luys de Schule, de Chombart, cunoscând astăzi o mare varietate terminologică: pseudoarieraţie mintală (A.Rey), falsă debilitate mintală sau debilitate camuflată (G.Vermeylen), debilitate atipică (A.L.Benton), prostie (în accepţia lui Chaslin). Pseudodebilitatea mintală este un deficit aparent şi reversibil al inteligenţei, ce apare la subiecţii cu potenţial intelectual intact, deci cu virtuozităţi normale, sesizabilă atât la probele de performanţă cât şi la cele de raţionament verbal. În ciuda unor rezultate pozitive la probele de nivel de cunoştinţe, de memorie, eşecurile sunt evidente la cele de raţionament. După G.Vermeylen, debilul camuflat are un comportament pe plan practic şi social identic cu cel al

„prostului” descris de Chaslin. După L.Moor, în ciuda unui coeficient bun, rezultatele la probe sunt dispersate, caracterizate prin reuşite la probele de achiziţie şi memorie şi prin eşec la cele de raţionament.

Un indiciu major pentru a decela falsa deficienţă mintală este decalajul între nivelul mintal şi cel şcolar. **Pseudodebilitatea mintală** camuflată dă iluzia unei persoane cu cunoştinţe relativ normale, dar cu adaptare socială deficitară, asemenea deficientului mintal.

Pseudodebilitatea mintală implică două accepţiuni. Prima, cea de „diagnostic eronat” (A.L.Benton), corespunzătoare cazurilor în care falsa debilitate este o consecinţă a incapacităţii fizice temporare; a unor deficienţe senzoriale, a unei atitudini de pasivitate şi de ostilitate a copilului, a unor carenţe afective, a unei atitudini greşite a experimentatorului în etapa stabilirii diagnosticului sau a utilizării unor instrumente inadecvate la care a fost supus subiectul. A doua accepţie este că simptomatologia pseudodebilităţii mintale şi a deficienţei mintale este identică, dar etiologia lor este diferită.

Simptomatologia pseudodebilităţii mintale este extrem de variată.

După A.Rey, cele mai relevante tipuri sunt:

- O dezvoltare generală lentă, caracterizată îndeosebi retardului simplu de tip Collin;
- Un retard evident în ceea ce priveşte volumul de informaţii, cunoştinţe, ce caracterizează retardul educativ, pedagogic;
- Un nucleu de tulburări instrumentale de tip disfazic (dislexie, disgrafie, disortografie), de tip praxic (nedibăcia mişcărilor, lipsa de precizie, discalculia).

Etiologia pseudodebilităţi mintale se poate sintetiza în:

- pierderea senzorială: vizuală sau auditivă;
- incapacitatea fizică temporală;

- deficienţe motorii;
- privaţiuni culturale ca urmare a unui mediu social sau familial sărac sau a unei şcolarizări inadecvate;
- tulburări afective ce conduc la inhibiţia funcţiilor intelectuale, din care preponderente pot fi: frica de eşec, reacţia agresivă a părinţilor sau a profesorilor faţă de rezultatele slabe la învăţătură ale copilului, atitudinea de ostilitate sau de pasivitate, neîncredere care conduce la pierderea apetitului de învăţare şi la inhibiţia procesului de maturizare afectivă.

Varietatea simptomatologică a condus pe cercetători la stabilirea unor clasificări clinice, forme de pseudodebilitate mintală diferită. Din multitudinea clasificărilor amintim doar pe cele ale lui J.L.Faure, Grace Arthur, L. Moor.

După J.L.Faure pseudodebilitatea mintală se clasifică în trei grupe clinice, şi anume:

- pseudodebilitatea determinată şi însoţită de condiţii precare de mediu (mediu familial frust, gregar), de nefrecventare a şcolii, caracterizată prin întârziere mintală lejeră sau medie, relativ omogenă, cu structuri normale care permit o ameliorare evidentă în urma unei influenţe pedagogice dirijate;
- pseudodebilitatea mintală determinată şi însoţită de inhibiţia posibilităţilor receptive, caracterizată prin retard intelectual lejer, deficit de dinamism intelectual, dificultăţi de achiziţie, superficialitate, atitudine infantilă, ostilă sau de refuz global, cu posibilităţi de ameliorare în urma unui tratament psihoterapeutic;
- pseudodebilitatea mintală determinată şi însoţită de dificultăţi specifice de natură lexicală, grafică, de calcul, caracterizată prin retard şcolar cu posibilităţi de ameliorare în urma unui tratament pedagogic adecvat, oportun şi îndelungat.

Grace Arthur distinge cinci grupe de pseudodebilitate mintală:

- pseudodebilitate cu inaptitudini specializate;
- pseudodebilitatea cu retarduri de limbaj, dar cu aptitudini nonverbale;
- pseudodebilitatea determinată de maladii, dar fără a opri dezvoltarea intelectuală;
- pseudodebilitatea mintală determinată de leziuni traumatice cerebrale ce antrenează deficite intelectuale specializate, dar cu alte sectoare intacte;
- pseudodebilitatea mintală cauzată de handicapuri fizice, de tulburări de auz sau de vedere care antrenează eşecuri şcolare.

L.Moor adaugă la clasificarea lui Grace Arthur încă şase grupe:

- retardaţi datorită mediului nefavorabil;
- retardaţi ca urmare a unei frecvenţe şcolare neregulate;
- copii cu reacţii neadecvate ca urmare a inhibiţiei, anxietăţii, autismului;
- instabili, incapabili de concentrare;
- copii cu sănătate precară;
- unii epileptici cu oscilaţii de eficienţă.

Pseudodeficienţa mintală este un deficit de dezvoltare care se consideră în mod eronat ca fiind determinat de insuficienţă mintală.

c) Deficienţa mintală severă/handicapul de intelect-imbecilitatea - are un Q.I. cuprins între 20 şi 50, ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice de la 3 la 7 ani. Aceştia încep să meargă pe la 3-4 ani, iar să vorbească pe la 5-6 ani.

Atenţia, memoria, gândirea sunt dezvoltate la limita necesară unei şcolarizări minime în cadrul căminelor şcoală. Ei îşi însuşesc, în general, adunarea şi scăderea cu numere mici,

învaţă să scrie şi să citească cuvinte scurte, dar nicicând limbajul scris nu poate deveni un mijloc de comunicare. Cunoştinţele lor au un caracter lacunar, inutilizabile în condiţii noi, uitându-le repede după însuşire. Vocabularul le este limitat, vorbirea se reduce la propoziţii şi fraze scurte, simple, iar structura gramaticală este imperfectă, E.M.= apx. 7 ani, specific fiind gândirea concret-intuitivă. Procesele de cunoaştere, precum şi motricitatea, permit pregătirea profesională a imbecililor în căminele atelier. Încadraţi într-o muncă de rutină pot contribui, într-o oarecare măsură la obţinerea unor mijloace de subzistenţă. Totuşi, viaţa lor este imposibilă fără asistenţă din partea familiei sau societăţii, fiind semiindependenţi. Aşadar, handicapaţii sever sunt recuperabili într-o măsură mai mică; parţial, ei îşi pot însuşi mijloacele de comunicare, acumulează unele informaţii despre lumea înconjurătoare, îşi formează deprinderi elementare de autoservire şi comportamente condiţional – stereotipe, pot exercita unele activităţi.

d) <u>Deficienţa mintală profundă/handicapul de intelect profund-idioţenia</u> – este starea cea mai gravă a deficienţei mintale. Malformaţiile frecvente şi grave ale corpului, ale craniului, lipsa de expresivitate, fixitatea expresiei, gura intredeschisă permanent, etc., indică, de la prima vedere, existenţa anormalităţii.

Persoanele cu această deficienţă au o vârstă mintală situată sub 20 Q.I., ceea ce corespunde vârstei cronologice normale de până la 3 ani (în literatura de specialitate se pot întâlni şi alte clasificări ale deficienţei mintale, dar mai ales valori acordate Q.I. diferite. Adoptăm această clasificare care, după părerea noastră, are o mai largă circulaţie, fiind utilizată de mulţi autori şi organisme specializate în acest domeniu).

La această categorie de deficienţi mintal sunt frecvente şi profunde tulburări ale motricităţii, numeroase cazuri de paralizii, coreoatetoze, mersul se însuşeşte foarte târziu sau,

în unele cazuri, niciodată. Mişcările idioţilor sunt lipsite de precizie şi coordonare. Frecvenţă mare o au şi deficienţele senzaţiilor (cazuri de orbire, surditate, diminuarea mirosului şi a gustului), ceea ce duce la ingerarea diferitelor alimente sau obiecte comestibile şi necomestibile. Pragul sensibilităţii alergice fiind ridicat, idioţii pot avea anumite dureri, răni pe care nu le sesizează. Posibilităţile de comunicare cu cei din jur sunt reduse la minimum, constând doar din câteva sunete nearticulate, care indică starea lor afectivă sau trebuinţele fundamentale, eventual folosesc câteva cuvinte izolate şi reacţionează la unele comenzi simple. Gândirea este extrem de rudimentară şi constă în capacitatea de a stabili relaţii elementare între trebuinţele de bază şi obiectele uzuale care îi pot satisface. Viaţa afectivă se reduce la manifestări de bucurie la prezenţa persoanelor care îi îngrijesc sau exprimarea nemulţumirilor prin agresivitate. Persoanele cu deficienţă mintală profundă sunt inapte pentru o viaţă independentă, întrucât nu sunt capabile de a se îngriji singure, de a veghea asupra securităţii lor, de a evita cele mai elementare pericole fizice, ceea ce face ca durata vieţii lor să nu depăşească 20-30 ani. Handicapaţii de intelect profund îşi pot însuşi unele forme parţiale de autoservire, de comunicare redusă caracteristică vârstelor infantile timpurii, de comportare şi dezvoltare psihică minimă, ceea ce presupune o îngrijire permanentă şi o protecţie complexă din partea adultului. La limita inferioară a idioţeniei se întâlnesc indivizi cu o incapacitate totală de formare a reflexelor condiţionate, care trăiesc pentru a vegeta (idioţi vegetativi).

În cadrul aceleaşi categorii de deficienţi pot exista forme şi grade variate care privesc gravitatea şi manifestarea handicapului. Scara handicapului de intelect se diversifică pe o arie largă, ceea ce presupune necesitatea unei departajări cât mai aproape de realitate, prin intermediul diagnosticului diferenţial. Această departajare, cât mai riguroasă, este necesară

pentru constituirea unor grupe şi clase relativ omogene, pentru facilitarea organizării instruirii şi educării, compensării şi recuperării.

3.1.2.1.Clasificări psihometrice

Deficienţa mintală severă (numită, tradiţional „imbecilitate”) şi cu atât mai mult, deficienţa profundă (numită, tradiţional „idioţie”) sunt grade ale deficienţei mintale, care se recunosc, adesea, chiar din primii ani din viaţă, atât datorită prezenţei unor anomalii uşor de observat în dezvoltarea anatomo-fiziologică a organismului, cât şi datorită unor întârzieri evidente de timpuriu în evoluţia psihică. Faţă de aceştia, copiii cu deficienţă mintală uşoară (debili mintali) pot trece neobservaţi până la debutul şcolar, mai ales atunci când familiile lor le oferă condiţii optime de trai şi de educaţie în anii micii copilării. Insuficienţele acestor copii, mai ales în planul dezvoltării intelectuale, vor deveni observabile mai târziu, după debutul şcolar, manifestându-se, frecvent, printr-o capacitate scăzută de abstractizare şi generalizare, dar şi prin alte insuficienţe, care fac dificilă activitatea de învăţare.

După cum subliniau chiar ***A.Binet*** **şi** ***Th.Simon*** **(1905)** „omul anormal nu se evidenţiază neapărat şi constant printr-un ansamblu de tare anatomice evidente. Particularităţile fiziologice ale idiotului şi ale imbecilului, la care se referă tratatele clasice, nu sunt descrise întotdeauna exact, iar dacă sunt, ele nu se aplică la fel şi debililor, care constituie numărul cel mai mare. Pe debil trebuie să ştii să-l recunoşti în şcoală, atunci când este confundat cu copiii normali”. Tot A.Binet şi Th.Simon subliniau şi caracterul convenţional al împărţirii deficienţilor mintali în subcategorii pe scara gravităţii insuficienţelor mintale, această împărţire fiind în strânsă legătură cu condiţiile concrete şi cu cerinţele sociale

existente la un moment dat: „după cum pot fi descrise zece sau douăzeci de culori, tot astfel pot fi descrise cinci, zece, douăzeci sau mai multe grade diferite de inferioritate intelectuală. Orice serie continuă permite un număr infinit de împărţiri. Dar necesităţile practicii cer ca acest număr să fie restrâns…Prin urmare, simple raţiuni de convenienţă ne determină să adoptăm o diviziune în trei părţi a inferiorităţii intelectuale. Rămâne de văzut unde vom aşeza limitele care separă pe idiot de imbecil, pe imbecil de debil şi, în sfârşit, pe debil de normal”.

Scara clasică ***Terman-Merill*** – pentru aprecierea comparativă a rezultatelor obţinute la teste de tip B.S. şi pentru ierarhizarea subiecţilor investigaţi pe niveluri de inteligenţă – una dintre primele şi cele mai răspândite scări în psihometrie, stabileşte limitele respective astfel:

- Idioţii – C.I. = 0 – 24
- Imbecilii – C.I. = 25 – 49 (deficienţi mintal propriu-zişi)
- Debilii – C.I. = 50 – 69
- Cazuri de limită – C.I. = 70 – 79
- Tardivi – C.I. x 90

Variaţia scării Terman-Merill, adaptată pentru condiţiile ţării noastre din prima jumătate a secolului al XX-lea, de către Institutul de Psihotehnică din Cluj, sub conducerea lui ***Fl.Ştefănescu-Goangă,*** a fost publicată în anul 1930, de ***Al.Roşca*** şi arată astfel:

	- idioţi	– C.I. = 0 – 22
- debili mintali	- imbecili	– C.I. = 23 – 49
	- moroni	– C.I. = 50 – 69
- înapoiaţi mintali	- mărginiţi	– C.I. = 70 – 79
	- proşti	– C.I. = 80 – 89
- normali		- C.I. = 90

În această primă scară de inteligenţă adaptată la noi, termenul „debili mintali” este utilizat, după cum se vede, în sensul generic de deficienţi mintali, iar cel de „înapoiaţi mintali” desemnează cazurile aflate la limita dintre debilitatea propriu-zisă şi starea de normalitate, adică desemnează intelectul de graniţă sau cazurile liminare, printre care autorul citat delimitează „mărginiţi” şi „proşti”.

După aproape patru decenii, făcând o retrospectivă asupra principalelor clasificări ale nivelurilor de inteligenţă şi formând acea clasificare a gradelor de deficienţă mintală, pe care am amintit-o mai sus. ***M.Roşca*** **(1967)** stabileşte limitele dintre gradele respective cu o anumită aproximaţie. De exemplu, ea situează limita dintre idioţie şi imbecilitate la C.I. = 20 – 25, iar limita dintre cazurile de graniţă şi normalitate la C.I. = 85 – 90.

Într-un mod similar procedează, de altfel, şi alţi autori, printre care ***J. de Ajuriaquerra*** **(1971),** în viziunea acestuia, idioţia ajungând până la C.I. = 20 – 25, imbecilitatea până la C.I. = 40 – 50, iar debilitatea până la aproximativ C.I. = 75.

R.Zazzo **(1979)** precizează, în acest sens, că atunci când recurgem la tehnici psihometrice în aprecierea capacităţilor mintale ale unor subiecţi, este mai prudent să nu ne referim la anumite limite precise, ci la ***zone limită*****,** admiţând o aproximaţie de până la cinci puncte ale C.I., în ambele sensuri. După autorul citat, coeficientul intelectual nu trebuie considerat că exprimă o dimensiune sau o expresie metrică fixă a capacităţilor mintale, ci „raportul dintre două viteze de creştere, exprimate în unităţi de vârstă: viteza dezvoltării mintale a individului luat în considerare şi viteza dezvoltării mintale medii a grupei de vârstă a acestui individ”.

Schimbările ce s-au petrecut în condiţiile sociale concrete din întreaga lume în ultimele decenii, îndeosebi creşterea semnificativă a nivelului de conţinut al învăţământului

primar, în raport cu cerinţele aceluiaşi învăţământ din primele decenii ale secolului al XX-lea (când, după cum am văzut, a luat naştere şi s-a răspândit scara metrică a inteligenţei, bazată pe teste de tip B.S.) s-au reflectat atât asupra numărului de subdiviziuni, în care se consideră utilă subîmpărţirea deficienţei mintale pe scara gravităţii, cât şi asupra limitelor între care se consideră a fi cuprinse fiecare din aceste subdiviziuni, în primul rând debilitatea mintală.

De exemplu, M.Chiva propune fixarea limitelor debilităţii mintale între C.I. = 45 – 75, în dorinţa de a asigura acea aproximaţie propusă de R.Zazzo, de cinci puncte în ambele sensuri, în raport cu limitele tradiţionale ale C.I. = 50 – 70.

De asemenea, pe baza unor cercetări desfăşurate în Franţa, Departamentul Populaţiei şi Asistenţei Sociale din această ţară stabileşte, printr-o circulară din 1963, la C.I. = 80 limita superioară a subcategoriei de handicap mintal, care trebuie să beneficieze de un învăţământ diferenţiat în „clase de perfecţionare”. Totodată, s-a stabilit o împărţire a gradelor deficienţei mintale în patru trepte şi utilizarea unor denumiri presupuse a fi mai puţin traumatizante :

– debili uşori – 65 ≤ C.I. ≤ 80; E.M. la încheierea dezvoltării = 10 – 12 ani, educabili;

– debili moderaţi – 50 ≤ C.I. ≤ 65; E.M. la încheierea dezvoltării = 8 – 10 ani, semieducabili;

– debili profunzi – 30 ≤ C.I. ≤ 50; E.M. la încheierea dezvoltării = 5 – 8 ani, semieducabili;

– C.I. = 30; E.M. la încheierea dezvoltării – sub 5 ani; needucabili sau puţin educabili.

Clasificări asemănătoare, dar cu unele diferenţe în ceea ce priveşte limitele subcategoriilor deficienţei mintale, pot fi întâlnite şi în alte lucrări. De exemplu, *J.Besson* (Elveţia, 1969) prezintă următoarea schemă de clasificare:

Categorii de deficienţă mintală	Câtul intelectual	Nivelul mintal ce poate fi atins la vârsta adultă
Inteligenţa subnormală	80 – 100	11 – 14 ani
Debilitate mintală uşoară	60 – 80	8 – 11 ani
Debilitate mintală medie	40 – 60	7 – 8 ani
Debilitate mintală profundă	20 – 40	3 – 7 ani
Debilitate mintală gravă	0 – 20	0 – 2 ani

Autorul citat consideră că între 5% şi 7% din numărul total de copii de vârstă şcolară prezintă diferite grade ale insuficienţei mintale; la rândul lor, 75% dintre aceştia aparţin subcategoriilor 1, 2 şi 3 menţionate în tabel, 20% subcategoriei 4, iar 5% subcategoriei 5 (1969).

Raţiunea clasificărilor prezentate, având şi ele, desigur, un caracter convenţional, se găseşte, mai ales, în asigurarea unui criteriu cât de cât obiectiv, pentru abordarea diferenţiată a deficientului mintal în procesul de recuperare.

Într-o cercetare desfăşurată în urmă cu peste două decenii, ale cărei rezultate le-am prezentat mai pe larg într-o altă lucrare, am constatat şi noi următoarea situaţie referitoare la coeficientul intelectual al unor elevi din mai multe şcoli speciale (ajutătoare): dintr-un total de 360 elevi investigaţi, care aveau stabilit prin comisia de selecţie şi orientare şcolară diagnosticul de debilitate mintală (menţionat într-o adeverinţă specială, pe baza căreia s-a făcut înscrierea în şcoala ajutătoare), 40,8% aveau, de fapt, un coeficient intelectual care depăşea limita superioară tradiţională a debilităţii mintale, respectiv, C.I. = 70. Am constatat această situaţie, retestând copiii respectivi cu testul de inteligenţă „I-1” (W. F. Dearborn),

adaptat şi etalonat pentru condiţiile concrete ale ţării noastre de G.Bontilă (1971). Pe baza constatării menţionate şi a corelării datelor psihometrice obţinute cu alţi parametrii de apreciere, am ajuns la părerea că, pentru etapa dată de dezvoltare a subsistemului educaţiei speciale de la noi, s-ar putea dovedii utilă următoarea grupare a cazurilor de deficienţă mintală în raport cu gravitatea:

– Deficienţa mintală profundă – noţiune echivalentă termenului tradiţional de idiot (C.I. ≤ 29);

– Deficienţa mintală severă – echivalentă termenului tradiţional de imbecil (30 ≤ C.I. ≤ 49);

– Deficienta mintală moderată (50 ≤ C.I. ≤ 64)
– Deficienţa mintală uşoară (65 ≤ C.I. ≤ 74) } debilitate mintală

Această grupare şi terminologie prezintă avantajul că, păstrând limitele tradiţionale ale treptelor inferioare ale deficienţei mintale – dependente de evoluţia cerinţelor şcolare minime de-a lungul vremii – lărgeşte sfera de cuprindere a subcategoriei denumită, tradiţional, debilitate mintală şi realizează o subîmpărţire suplimentară a acesteia, sugerând, astfel, necesitatea unor diferenţieri în procesul de educaţie şi recuperare, chiar în interiorul subcategoriei menţionate.

Aşa cum se constată în practică, deşi sunt plasaţi împreună în aceleaşi clase ale învăţământului special ajutător, elevii cu deficienţă mintală uşoară obţin, comparativ cu elevii având deficienţă mintală moderată, rezultate mai bune, mai ales în ceea ce priveşte însuşirea unor instrumente de lucru şi a unor noţiuni bazate pe un grad mai înalt de generalizare, cât şi în ceea ce priveşte pregătirea practică manuală, de unde rezultă şi un prognostic mai bun, atât

în sens restrâns, în ceea ce priveşte evoluţia lor pe parcursul şcolarizării, cât şi în sensul mai larg al întregii evoluţii postşcolare, adică al adaptării la exigenţele mediului social.

Pe baza cercetărilor descrise, în lucrarea publicată în anul 1975 se propunea organizarea, pentru copii cu deficienţă mintală uşoară, a unei secţii şcolare cu durată de 10 ani (corespunzătoare duratei învăţământului obligatoriu de atunci) secţie pentru care, deşi urma să fie cuprinsă în structura şcolii ajutătoare, solicitam o apropiere mai accentuată de condiţiile unei şcolarizări obişnuite. Din păcate, această propunere nu a fost acceptată atunci. Acum, după câte se pare, se va încerca, experimental, prelungirea la 10 ani a duratei şcolii speciale ajutătoare, urmată de o pregătire pentru muncă pe parcursul a patru ani. Vom aştepta desigur, rezultatele experimentului pentru a ne putea pronunţa asupra eficienţei sale. Nu trebuie uitat, însă că pentru o bună parte dintre copiii cu deficienţă mintală uşoară, în prezent se preconizează forme integrate învăţământului obişnuit, ceea ce este posibil, dar cu o singură condiţie, aceea a orientării lor de timpuriu – adică chiar de la debutul şcolar – spre acest învăţământ, unde să beneficieze, de la început de ajutor competent, diferenţiat. Experienţa îndelungată pe care o avem în activitatea cu această categorie de copii ne spune că, o dată cuprinşi în învăţământul special, o eventuală reorientare mai târzie spre şcoala obişnuită are puţine şanse de reuşită.

După cum subliniază I.Druţu (1995), pe plan mondial, în prezent, este acceptată de majoritatea cercetătorilor, precum şi a practicienilor, următoarea clasificare a deficienţei mintale (după 21, pag. 24):

- Deficienţă mintală profundă – C.I. = 0 – 20/25;
- Deficienţă mintală severă – C.I. = 20/25 – 35;
- Deficienţă mintală moderată – C.I. = 35 – 50/55;

– Deficienţă mintală uşoară – C.I. = 50/55 – 70/75;

– Intelectul de limită – C.I. = 70 – 85.

În finalul acestei enumerări a câtorva dintre clasificările psihometrice mai importante ale deficienţei mintale, o reproducem şi pe cea susţinută de E.Verza (1998), după care :

– Intelectul de limită sau liminar se situează între C.I. 85 şi 90;

– Debilitatea mintală (numită şi handicap de intelect uşor sau lejer) este cuprinsă între C.I. 50 şi 85;

– Handicapul intelectual sever (cunoscut şi sub denumirea de imbecilitate) are un C.I. cuprins între 20 şi 50;

– Handicapul intelectual profund (denumit şi idioţie) se situează sub C.I. 20.

În această clasificare, ne reţine atenţia, în mod deosebit, distanţa de numai 5 puncte pe scara coeficienţilor intelectuali, între deficienţa mintală uşoară şi limita inferioară a stării de normalitate. Conform acestei clasificări, un copil de 10 ani, vârstă cronologică, şi 9 ani vârstă mintală (C.I. = 90) se va situa în zona normalităţii, în timp ce un alt copil, tot de 10 ani vârstă cronologică, dar cu vârstă mintală de 8 ani şi jumătate (deci C.I. = 85) se situează, deja la limita de sus a deficienţei mintale uşoare.

După cum se observă, în toate aceste clasificări, între coeficientul, reprezentând limita superioară a handicapului mintal uşor (C.I. = 70 – 75 – 85) şi coeficientul ce reprezintă limita inferioară a dezvoltării mintale considerată normală (C.I. = 90) există un interval de 5 până la 20 de puncte, corespunzătoare zonei intelectului de limită cu starea de normalitate contestată, uneori teoretic dar de care în practică sub aspect numeric şi procentual, cuprinde mult mai mulţi copii decât toate subcategoriile deficienţei mintale propriu-zise la un loc.

Confuzia ce se face adesea, între deficienţa mintală uşoară şi intelectul de limită, pornindu-se mai ales de la criterii lingvistice şi nu de la cunoaşterea exactă a realităţilor la care se referă cei doi termeni, generează pericolul abordării nediferenţiate, în activitatea de terapie complexă şi de recuperare, a unor copii între care, din punct de vedere al dezvoltării şi al capacităţilor intelectuale reale, există nu numai diferenţe cantitative, scoase în evidenţă de procedeele psihometrice, dar şi diferenţe calitative şi a căror punere în evidenţă nu se poate face decât printr-o activitate mai laborioasă de psiho-diagnostic diferenţial, bazată pe investigaţii complexe, şi pe probe formative.

Chiar la nivelul debilităţii uşoare, deficientul mintal nu este un simplu întârziat în dezvoltare, nu este numai un rămas în urmă, care ar putea eventual să recupereze integral distanţa ce îl separă de parametrii normali ai dezvoltării. În acest sens, C.Vermeylen (1928) sublinia deosebit de plastic, că debilul mintal este nu numai inferior indivizilor de vârsta sa, ci se deosebeşte şi din punct de vedere intelectual faţă de copii cu a căror vârstă mintală este comparat: „Copiii normali sunt forţe vii pe cale de progres şi de organizare; debilul nu numai că înaintează mai încet, dar înaintează şchiopătând”. Prin urmare, în concepţia expusă, în timp ce debilitatea uşoară face parte încă din categoria deficienţei mintale propriu-zise, cazurile liminale par a fi mai apropiate stării de normalitate, atât prin caracteristicile lor, cât şi prin modul în care trebuie abordate. Totuşi, problemele recuperării copiilor cu intelect de limită nu sunt mai puţin importante pentru societate, în raport cu problemele recuperării copiilor cu debilitate mintală propriu-zisă, deoarece fiecare caz de întârziere, chiar şi neînsemnat iniţial lăsat în afara unor măsuri adecvate de stimulare a dezvoltării şi de recuperare, poate duce la accentuarea treptată sfârşind aşa cum arăta încă Seguin (1846), „prin a stabili între copilul întârziat şi cel normal o diferenţă enormă, o distanţă de nestrăbătut”.

Gh.Radu (l999) arată că, întârzierile în dezvoltare – adică una dintre cele mai generale şi mai cunoscute caracteristici ale copiilor cu deficienţă mintală – se manifestă din primii ani de viaţă, implicând o serie de fenomene aparte. Printre aceste fenomene, se numără şi întârzierea debuturilor specifice micii copilării: apariţia gânguritului, a primelor cuvinte, a primilor paşi etc. Foarte frecvent asemenea întârzieri ale debuturilor în dezvoltarea biopsihică a copiilor cu deficienţă mintală sunt menţionate în fişele de anamneză întocmite de comisia de specialitate, unde copiii sunt aduşi pentru expertiza diagnostică.

3.1.2. 2 .Importanţa depistării timpurii şi a educaţiei compensatorii precoce la deficienţii mintal

Apariţia şi dezvoltarea, cu întârziere, a limbajului, precum şi dificultăţile mai mult sau mai puţin accentuate în procesul comunicării verbale, reprezintă fenomene caracteristice pentru marea majoritate a deficienţilor mintal, cele mai multe dintre definiţiile sau descrierile acestei deficienţe făcând referiri exprese la fenomenele de întârziere şi afectare ale limbajului.

Reamintim, spre exemplu cunoscuta afirmaţie pe care o făceau, încă la începutul secolului al XX- lea, A.Binet şi Th.Simon (1908), după care „idiotul” (deficientul mintal profund) nu poate comunica prin limbaj verbal, în timp ce „imbecilul” (deficientul sever) comunică la nivel elementar prin vorbire orală, dar este incapabil să comunice prin limbaj scris.

Întârzierile în dezvoltarea limbajului, la deficienţii mintal, se vor manifesta, desigur, şi mai evident la nivelul vârstei şcolare, dacă între timp nu va fi fost iniţiat un program

adecvat de terapie logopedică. De asemenea, aceste întârzieri vor fi însoţite şi de altele, cum sunt întârzierile în dezvoltarea psihomotorie, în dezvoltarea capacităţii de orientare, etc. Dar faptul că, printre celelalte fenomene de întârziere ale copiilor cu deficienţă mintală sunt amintite mai ales întârzierile în dezvoltarea limbajului îşi găseşte explicaţia în legătura indisolubilă dintre vorbire, ca mijloc de comunicare uşor accesibil observaţiei nemijlocite a cercetătorilor, şi celelalte procese psihice, în primul rând procesele gândirii, ale căror calităţi şi defecte le exteriorizează.

Preocuparea specialiştilor pentru descoperirea din timp a neajunsurilor la un copil handicapat, dar mai ales a factorilor psihofizici cu potenţe de refacere şi dezvoltare evolutivă se înscrie în prioritatea obiectivelor psihopedagogice şi terapeutice ale pedagogiei speciale pentru handicapaţi. Fără o fotografiere în detaliu a parametrilor care sunt antrenaţi în formarea autonomiei handicapatului mintal, cât mai de timpuriu posibil, nu se pot descoperi instrumentele metodologice pe care le utilizăm în actul educativ-terapeutic; de altfel, ele devin inoperante sau uneori chiar destabilizează decât construiesc, de unde concluzia că aduc un deserviciu scopului iniţial.

Deseori se face afirmaţia că în perioada copilăriei mici, medicul este şi trebuie să fie primul şi chiar unicul care dă indicaţiile competente asupra dezvoltării corespunzătoare a copilului. Acesta este un fapt exagerat, de unde probabil şi multe neîmpliniri în recuperarea şi dezvoltarea handicapaţilor în general şi a celui mintal în special.

Medicul pediatru este primul specialist care trebuie să-şi dea verdictul asupra diagnosticului copilului, privind starea lui de sănătate, dar nu singurul şi nu întotdeauna ultimul. Aşa poate ne explicăm la ora actuală că multe necunoscute sau multe şi foarte multe aspecte ale cunoaşterii handicapatului mintal se explică cu preponderenţă prin optica medicală

(a stării de sănătate) şi foarte puţin sau deloc nu sunt trecute prin analiza şi filtrul altor specialişti ca psihologi, sociologi, pedagogi, ergoterapeuţi, logopezi, etc., considerându-se poate că aceştia ar avea o mai mică importanţă în anumite etape ale educaţiei acestui copil.

Construirea autonomiei handicapatului mintal este opera concomitentă a unor specialişti cu egale posibilităţi de recuperare prin prescripţiile, indicaţiile şi metodologiile aplicate pe tot parcursul procesului educativ-recuperator.

Cel puţin până acum, la noi în ţară, controlul şi supravegherea femeilor, viitoarelor mame, intră numai în competenţa medicului ceea ce este destul de puţin pentru reuşita obţinerii unui copil sănătos şi apt pentru începerea procesului de integrare în mediul imediat socio-familial. Specialiştii care sunt implicaţi în studierea şi organizarea activităţilor educative şi recuperative după naşterea copilului handicapat ar trebui să-şi preia sarcinile specifice încă înainte de naştere; în felul acesta am putea obţine o reducere a unor laturi deficitare. Colaborarea şi întrajutorarea mai multor specialităţi pentru pregătirea şi venirea viitorului copil pe lume reclamă de urgenţă o nouă concepţie şi o nouă iniţiativă din partea acestora. Acest fapt aduce un câştig deosebit fiecărei specialităţi în parte şi aplicării interdisciplinarităţii în domeniul vital al omului şi un enorm progres în formarea autonomiei copilului şi cu deosebire a celui handicapat, pe care-l poate depista cât de timpuriu şi-l poate plasa într-un program educativ-terapeutic adecvat şi oportun dezvoltării corespunzătoare a acestuia, pe toată perioada de influenţare pedagogică.

Programul educativ-terapeutic adecvat handicapatului mintal se concepe şi se desfăşoară nu întâmplător, ci plecând întotdeauna de la o bază de date anatomo-fizico-patologice concret analizate şi evidenţiate în faza prealabilă a trecerii la aplicarea principiilor de educare şi recuperare a particularităţilor individuale valide.

Programul educativ-terapeutic începe astfel cu mama, continuându-se cu naşterea copilului şi permiţând acţiuni educative din prima zi, când devine o permanenţă în viaţa copilului. Tot de aici începe, deşi pare forţat, şi autonomia copilului cu handicap mintal, când, deşi dependenţa de mamă a copilului este certă, totuşi elemente ale autonomiei se cristalizează treptat încă din fazele iniţiale. Acest demers trebuie să fie o concepţie, dar şi o acţiune practică utilă întregului corp specializat în cunoaşterea şi proiectarea unui program educativ-terapeutic pe tot parcursul evoluţiei copilului handicapat.

3.1.2.3.Simptome timpurii ale unor posibile trasee de dezvoltare oligofrenică

Oligofrenia fenilpiruvică (fenilcetonuria) – maladie descrisă de Föling în 1934 – face parte din categoria dismetaboliilor determinate genetic, în speţă din subcategoria disproteidozelor, acest sindrom caracterizându-se prin lipsa din sânge a acelei enzime, care, în situaţii obişnuite, asigură transformarea fenilalaninei în tirocsină. Când acest proces nu are loc, fenilalanina se transformă în acid fenilpiruvic, toxic pentru organism şi cu influenţe nocive grave asupra sistemului nervos central. Faptul că prezenţa acestui acid poate fi depistată, prin analize de laborator, foarte de timpuriu, are o importanţă deosebită, deoarece dă posibilitatea instituirii unei diete speciale, lipsită de elementul toxic, prin aceasta prevenindu-se apariţia fenomenelor de retardare mintală accentuată.

„După o anumită vârstă – menţionează I.Druţu (1995) – dieta poate fi întreruptă şi, cu toate că dismetabolia se menţine, aceasta nu mai afectează sistemul nervos. În lipsa aplicării dietei necesare, aceşti copii prezintă o deficienţă mintală gravă: 65% sunt deficienţi

mintal profunzi, 31% sunt deficienţi mintal sever sau moderaţi şi numai 4% sunt deficienţi mintal uşor.”

Deşi în primele luni după naştere copilul pare normal, curând vor apărea primele semne ale bolii: iritabilitate crescută şi crize convulsive. Sunt observate, treptat, şi anumite caracteristici morfologice: ochi albaştri, piele fină, părul blond, etc. Se menţionează, de asemenea, întârzierea achiziţiilor psihomotrice şi prezenţa stereotipiilor în plan motor, rigiditatea musculară, reflexe osteotendinoase vii, manifestări convulsive, trasee EEG de tip encefalopat, etc.

În cazul acestui sindrom, ca, şi în cazul altor dismetabolii, importanţa hotărâtoare aparţine măsurilor de depistare cât mai timpurie, prin analize medicale adecvate, a procesului maladiv şi instituirea unui regim alimentar sever, deci a unei diete apte să elimine intoxicarea organismului cu substanţe nocive, şi astfel să se prevină afectarea sistemului nervos central şi instalarea unei deficienţe mintale accentuate.

Afirmaţia de mai sus este valabilă şi în cazul galactosemiei, maladie care face parte tot din categoria dismetaboliilor, în speţă fiind determinată de perturbarea metabolismului carbonului. Absenţa unei anumite enzime din sânge provoacă incapacitatea organismului noului născut de a transforma corespunzător galactoza din laptele cu care este hrănit copilul.

Un tratament adecvat al acestuia din primele zile de viaţă, în condiţiile eliminării totale a laptelui din regimul alimentar este capabil să prevină sau să diminueze o serie de afecţiuni grave, cum sunt: insuficienţe ale dezvoltării somatice, tulburări hepato-digestive, tulburări neurologice şi instalarea deficienţei mintale.

Oligofreniile au fost cunoscute din cele mai vechi timpuri. În dreptul roman existau chiar articole privitoare la protecţia deficitarilor mintal. Cercetările sistematice au început abia

în secolul a XIX – lea, fiind orientate în trei direcţii principale: descrierea tabloului chimic, găsirea metodelor de evaluare a deficitului mintal şi descoperirea mecanismelor etipatologice.

Oligofreniile au căpătat individualitate clinică abia la începutul secolului al XIX – lea , când Esquiral a diferenţiat idioţiile (oligofreniile) de cele cîştigate (demenţele). Totodată el a descris, pentru idioţie şi imbecilitate, drept criteriu de delimitare, gradul de dezvoltare a limbajului.

Către sfârşitul secolului al XIX – lea, cecetarile au dus la delimitarea debilităţii mintale de către Segrin, Binet, Uaparide, Sancte de Sanctis.

Deoarece debilitatea mintală ramâne o noţiune imprecisă, studiile psihopatologice din primele decenii ale secolului al XX – lea au fost centrate asupra deficitului mintal, încercându-se găsirea unor tulburari specifice care să uşureze stabilirea diagnosticului.

Oligofreniile sunt stări de nedezvoltare psihică sau de dezvoltare psihică incompletă (cuvântul provine din limba greaca unde „oligos” = puţin şi „frenos” = suflet). Alţi termeni ca „deficienţa mintala”, „arieraţia”, „retardarea mintală”, folosiţi adesea în literatură, sunt sinonimi cu cel de oligofrenie.

Această nedezvoltare sau subdezvoltare, deşi cuprinde de obicei întreaga sferă a vieţii psihice, are ca trasatură principală afectarea proceselor intelectuale, a gândirii şi îndeosebi a abstractizării şi generalizarii. În acelaşi timp, procesul patologic poată să impiedice, în mod proporţional, şi dezvoltarea altor funcţii psihice ca afectivitatea, caracterul şi personalitatea.

Pentru întelegerea mecanismelor de producere a oligofreniilor, trebuie să amintim că în edificarea psihicului uman intervin două categorii de fapte intrinseci, reprezentate de calitatile cito-chimice, fiziologice ale creierului şi extrinseci, care cuprind totalitatea

influenţelor venite din partea mediului, îndeosebi procesul educativ, acţiunea lor împletindu-se în mod subtil pe tot cursul procesului de dezvoltare a copilului.

Calităţile funcţionale ale creierului depind, în cea mai mare măsură, de zestrea ereditară, care diferă de la individ la individ, ca orice însuşire biologică ce se distribuie în mod gaussian în populaţia generală. Totuşi, ele pot fi modificate prin intervenţia a numeroşi factori patogeni care afectează dezvoltarea şi maturizarea creierului, alternând astfel substratul biologic al vieţii psihice. Pentru a produce o oligofrenie, ei trebuie să acţioneze timpuriu, în primii trei ani de viaţă, înainte ca psihicul uman să fi dobândit contururile sale principale.

Factorii extrinseci sunt reprezentaţi de o serie întreagă de aspecte, care pot favoriza sau împiedica punerea în valoare a potenţialului individual. Un rol deosebit de important îl are calitatea educaţiei, a mediului cultural în care trăieşte şi se transformă copilul, studiile epidemiologice din ultimii ani scoţând în evidenta legătura clară dintre nivelul rezultatelor şcolare şi particularităţile mediului socio-familial.

Deşi au fost descrise numeroase mecanisme patogenice care pot duce la apariţia oligofreniilor, e de notat că ele se repercutează în mod nespecific asupra vieţii psihice determinând constituirea unor sindroame psiho-patologice asemănătoare care diferă între ele, indeosebi prin gravitate. În general, oligofreniile corespund mai puţin noţiunii de boală, în sensul clasic de proces, cu caracter de progresivitate, fiind mai frecvent stări reziduale, stabilizate, schematice, cu caracter definitiv.

Odată constituite, ele au repercusiuni profunde asupra structurii întregii personalităţi a individului respectiv, care, lipsit într-o măsură mai mică sau mai mare de axul de dezvoltare reprezentat de gândire, de intelect, suferă atât prin handicapul permanent care creează dificultăţi inerente în adaptare, cat şi prin poziţia particulară de inferioritate socială care poate

favoriza, la rândul ei, prin intermediul mecanismelor psihogene, apariţia a numeroase tulburări psihice supraadaugate: afective, de comportament, caracteriale.

Tulburările de comportament au o frecvenţă crescută faţă de copiii cu intelect normal. V.Predescu şi colaboratorii (1969) au găsit un procentaj de 35% debili mintali într-un grup de copii cu tulburări de comportament, iar G.Henyer considera că aceştia constituie 1/3 din delincvenţii juvenili.

Lipsa de supraveghere, nevoia de satisfacţii imediate şi sugestibilitatea crescută favorizează antrenarea lor în diverse furtuni, acte agresive. Ei sunt folosiţi de obicei drept unelte pentru acţiunile delictuale. Atunci când acţionează singuri manifestările lor sunt puerile, purtând pecetea deficitului mintal şi a lipsei de prevedere. Adolescentele sunt atrase uşor către raporturi sexuale, acestea satisfăcându-le atât pe plan instinctual cat şi în nevoia de valorizare sociala, de apreciere; în schimb la băieţi apar mari dificultăţi în gasirea unei partenere de sex opus, fiind favorizate masturbarea şi legăturile homosexuale.

3.1.2.4. Heterocronia dezvoltării la deficienţii mintal

O altă caracteristică a dinamicii distorsionate, la fel de importantă pentru a fi cunoscută şi luată în considerare, în perspectiva modelării adaptative a activităţilor de învăţare cu deficienţii mintal, o reprezintă heterocronia lor specifică, fenomen cercetat şi descris de R.Zazzo.

Astfel vom spune că heterocronia specifică deficienţilor mintal este acea caracteristică prin care aceşti deficienţi sunt nu numai întârziaţi în dezvoltarea lor, ci sunt şi dizarmonici în

structura personalităţii, ceea ce înseamnă că întârzierea în dezvoltare se manifestă inegal la nivelul diferitelor paliere.

Punerea în evidenţă a întârzierii globale la copiii deficienţi mintal se realizează cu ajutorul unor instrumente obişnuite de psihodiagnoză, îndeosebi al unor teste de inteligenţă generală, comparându-se rezultatele obiţinute de aceşti copii cu performanţele medii ale copiilor cu intelect normal, de aceeaşi vârstă cronologică.

Atunci când se urmăreşte evidenţierea întârzierilor în dezvoltarea diferitelor elemente ale profilului psihologic se recurge la eşalonarea echivalente ca nivel de dezvoltare intelectuală, calculându-se, însă, analogic, coeficienţii de dezvoltare pentru fiecare dintre parametrii implicaţi în comparaţie. Un asemenea procedeu a stat şi la baza evidenţierii prin cercetări de către R.Zazzo şi colaboratorii săi.

Cercetările efectuate pe eşantioane de copii cu debilitate mintală, diferenţiate etiologic, au pus în evidenţă profiluri heterocronice diferite pentru copiii cu debilitate mintală de origine exogenă sau patologică şi pentru cei cu debilitate endogenă, între cele două subcategorii etiologice, pe lângă asemănări (constând mai ales în întârzierea globală a dezvoltării şi în eficienţa mintală scăzută), apărând evidente deosebiri cu valoare semnificativă în psihodiagnosticul diferenţial.

Comentând rezultatele cercetărilor sale R. Zazzo subliniază că „debilul mintal comparat cu copilul normal se dezvoltă în ritm diferit în ceea ce priveşte diferitele sectoare ale dezvoltării psihobiologice”. Înainte de toate este vorba de un ritm diferit între creşterea fizică şi creşterea mintală, între dezvoltarea somatică şi dezvoltarea cerebrală, fenomen care este denumit „heterocronie fundamentală”. Acest fenomen explică toate celelalte fenomene

heteroconice ale debililor mintal, şi, în mod deosebit inegalitatea între ritmurile de creştere a capacităţii de organizare spaţială şi a randamentului în plan psihomotor.

Anumite diferenţe între ritmirile de dezvoltare a diferitelor elemente ce intră în componenţa profilului psihologic pot fi constatate şi la copiii a căror creştere se înscrie în limitele parametrilor normali.

În cazul copiilor normali putem vorbi despre o „heterocronie normală”, care nu afectează esenţial caracterul echilibrat al structurii personalităţii, spre deosebire de heterocronia debililor mintaal – generatore a dizarmoniei – pe care R.Zazzo o numeşte heterocronie oligofrenică, analog inerţie oligofrenică sau patologică.

Heterocronia oligofrenică reprezintă expresia unor inegalităţi în ritmurile dezvoltării diferitelor componente ale profilului psihologic al fiecărui deficient mintal, manifestate pe fondul unor întârzieri globale şi situate sub valorile medii ale dezvoltării normale.

Zazzo consideră că fenomenul specificităţii la deficienţii mintal nu se rezumă numai la ritmurile diferite de dezvoltare a componentelor profilului psihologic ci reprezintă totodată un deficit de organizare intelectuală. Caracteristic deficitului de organizare intelectuală după Zazzo, amintim ideea sa referitoare la convergenţa strânsă între acest dificit şi alte două caracteristici fundamentale: vâscozitatea genetică şi inerţia oligofrenică. Din această convergenţă rezultă o trăsătură fundamenatlă şi globală a deficitului mintal – fragilitatea personalităţii – ce se manifestă pregnant în procesul adaptării sale în conduita verbală, în comportamentul cotidian, etc.

Heterocronia oligofrenică nu constituie o trăsătură similară altor trăsături ale deficienţei mintale, ca inerţia patologică, vâscozitatea genetică, limitarea proximei dezvoltări,

ci reprezintă consecinţa interacţiunii tuturor acestor trăsături, concretizându-se în întârzieri şi în egalităţi reflectate într-o psihogramă sau alta.

Din perspectivă heterocronică se modifică puternic viziunea obişnuită asupra noţiunii de coeficient mintal şi implicit asupra specificului întârzierilor în dezvoltarea mintală. Raportul dintre vârsta cronologică şi cea mintală devine un raport indirect între ritmurile de dezvoltare a unui individ şi ritmul mediu de dezvoltare a propriei grupe de vârste.

Tot din perspectivă heterocronică, dizarmonia deficienţilor mintal ne apare ca un fenomen complex care se manifestă pe diferite coordonate ale dezvoltării psihice, atât global cât şi diferenţiat.

Rezumând concluziile analizelor efectuate de R.Zazzo putem afirma că, printre cerinţele majore pentru un model adaptat de lucru cu elevii handicapaţi mintal, cât şi pentru concretizarea acestuia în modele personalizate, cerinţe ce se găsesc în heterocronia dezvoltării şi în dereglarea raportului normal dintre ritmul şi calitatea executării unei sarcini, se numără:

a) modelarea analitică, individualizarea şi personalizarea activităţilor de învăţare şi terapeutice;

b) evidenţierea elementelor mai bine păstrate ăn profilul psihologic al fiecărui copil (elev) handicapat mintal în perspectiva utilizării lor ca puncte de sprijin în realizarea intervenţiei complexe;

c) realizarea echilibrului individual optim, între solicitările vizând viteza de rezolvare a diferitelor sarcini de învăţare şi capacitaţile deficientului.

3.1.2.5.Principalele sindroame în care se întâlneşte deficienţa mintală (Deficienţa mintală însoţită de tulburări metabolice, anomalii cromozomiale,afecţiuni xerodermice, tulburări xerodermice, tulburări endocrine, forme atipice)

Întârzierea mintală constituie un complex de manifestări de o eterogenitate extremă, sub aspectul cauzelor, al gradului, al complicaţilor adăugate etc.

Trăsătura comună a tuturor întârziaţilor mintal constă în incapacitatea de a desfăşura activitatea – în special, activităţile ce implică în mare măsură operaţiile de generalizare-abstractizare, sau operaţiile inductiv-deductive – la nivelul realizat de indivizii de aceeaşi etate şi care au avut condiţii similare de dezvoltare.

Incapcitatea amintită este rezultatul faptului că funcţiile psihice, în primul rând, cele cognitive, se dezvoltă într-un ritm lent şi rămân la un nivel mai scăzut decât la normali.

Imbecilii, dar mai ales idioţii, prezintă o insuficienţă mintală atât de pronunţată, încât anormalitatea lor este evidentă la cel mai elementar nivel de activitate. Debilitatea mintală poate trece neobservată în condiţii care nu fac apel la gandirea abstractă, la creativitatea şi flexibilitatea gândirii sau la alte aspecte ale proceselor cognitive. Diagnosticul idioţiei şi al imbecilităţii se realiza, fară mari dificultăţi, din primii ani de viaţă. În cazul debililor, deficienţa mintală devine evidentă uneori numai în procesul şcolarităţii. Diagnosticul este deosebit de dificil în cazul când condiţiile familiale au fost neprielnice. Într-o astfel de împrejurare este greu de stabilit dacă randamentul scăzut rezultă din deficienţa intelectuală sau se explică prin insuficienta stimulare educativă din partea părinţilor. Pregătirea pentru activitatea şcolară a copilului nu depinde numai de potenţialităţile sale intelectuale.

O altă trăsătură ce se aminteşte atunci când se defineşte întârzierea mintală este caracterul său stabil.

Stabilitatea trebuie înţeleasă în sensul că un copil idiot sau imbecil nu devine, în condiţiile actuale ale posibilităţilor de tratament medicamentos sau dietetic, un adult cu intelect normal. Relativitatea stabilităţii întârzierii mintale constă în faptul că posibilităţile unui individ de a face faţă cerinţelor mediului se ameliorează, uneori în mod substanţial, atunci când i se oferă condiţii educative şi de viaţă adecvate.

Un debil mintal supus unei influenţe educative intense şi adecvate poate deveni productiv prin harnicia şi perseverenţa sa, iar uneori prin însăşi tendinţa spre stereotipie, care îl caracterizează.

Deficienţa de bază în cazul întarzierii mintale are loc în domeniul proceselor de cunoaştere, în primul rând, al gândirii abstracte. Măsura în care aceste deficienţe înfluenţează negativ alte aspecte – afectivitatea, voinţa, caracterul – depinde în mare măsură de condiţiile educative şi de viaţă.

Întârzierea mintală pune accentul pe ritmul încetinit al dezvoltării mintale, subliniind faptul că nivelul intelectual rămâne, pe tot parcursul vieţii, sub nivelul normal.

Oligofreni sunt consideraţi numai acei întârziaţi mintali la care au avut loc leziuni cerebrale în perioada dezvoltării prenatale sau curând după naştere, înainte ca anumite funcţii psihice, în special limbajul, să se fi construit.

Amenţia subliniază diferenţa dintre întârzierea mintală ca stare neprogresivă, şi demenţă.

Lista termenilor întâlniţi în literatura de specialitate poate fi continuată cu insuficienţă mintală, subnormalitate, handicapare mintală etc.

După o pregătire şcolară şi profesională adecvată, debilii mintal, în majoritatea cazurilor, reuşesc să-şi câştige prin munca lor o independenţă materială.

O clasificare presupune ca deosebirile dintre grupe să fie mai mari decât cele existente în cadrul unei grupe. Din cauza eterogenităţii extreme a fenomenului întârzierii mintale, această cerinţă este greu de realizat.

Descrierea formelor clinice de deficienţă mintală după criteriul etiopatogenic, se raportează la perioadele de dezvoltare (prenatală, perinatală, postnatală) în care diverse cauze şi dezechilibre (metabolice, fermentative, carenţiale, endocrine, umorale, electrolitice, infecţioase, parazitare, toxice, traumatice) pot determina pe lângă tulburările specifice sindromului respectiv şi deficienţă psihomotorie.

Aberaţia cromozonică poate să aibă drept obiect un cromozom sexual, ca în sindromul lui Turner sau în aplasia gonatică, în sindromul lui Bonneville Ulrich, în sindromul lui Klinefelter sau în hermafrodism.

Sindromul lui Turner se observă la sexul feminin; el este caracterizat printr-un infantilism legat de o aplasie ovariană, asociată unor multiple malformaţii congenitale. Mulţi subiecţi au o inteligenţă aparent normală.

Sindromul lui Klinefeleter se observă la oamenii tineri; el se caracterizează printr-o ginecomastie, o disgenezie a testiculelor cu azoospermie, o conservare a caracterelor sexuale secundare. Subiectiţii ainşi de acest sindrom reprezintă în jur de 1% din debilii spitalizaţi.

Hermafrodismul este caracterizat prin prezenţa la un acelaşi individ a gonadelor masculine şi feminine, mai mult sau mai puţin anormale, întotdeauna nefuncţionale. Proporţia debililor hermafrodiţi este necunoscută.

Aberaţia cromozomică este o aberaţie autosomă ca în mongoloism. **<u>Mongoloismul</u>** este mai frecvent cunoscut sub numele de **„<u>sindromul Down</u>”.** Diagnosticul bolii se stabileşte de la naştere. Mongoloizii sunt întotdeauna de înălţime redusă, se nasc înainte de termen într-o treime din cazuri. Craniul este turtit, fără proeminenţă occipitală şi prezintă o întârziere considerabilă a închiderii fontanelelor. Faţa este rotundă şi turtită, colorată la nivelul obrajilor şi al bărbiei. Fruntea este joasă, nasul este turtit la rădăcină. Fanta pebrală este stânsă şi îndreptată în jos şi în interior. Unghiul intern al ochiului este alungit lateral de o protuberanţă cutanată verticală, epicantus. Buzele sunt uscate, limba este fisurată, procidentă. Unghile sunt mici şi situate foarte jos. Membrele sunt scurte. Mâinile sunt plate, mici, lăţite iar degetele sunt scurte având o lungime aproape egală; degetul mare este foarte scurt, implantat foarte jos. Abdomenul este flasc. Organele genitale sunt adesea lezate, prezentând infantilism sexual. Totuşi dezvoltarea sexuală poate fi mormală. Fetele prezintă menstruaţie la vârsta de 12 ani şi intră în menopază de tinere. Gravidităţile sunt rare. Cele mai fracvente malformaţii congenitale asociate sunt cardiopatiile şi sindactiliile.

Mongoloizii au o sănătate fragilă şi sunt foarte sensibili la injecţii. Până la apariţia antibioticelor, un mare număr dintre ei mureau în copilărie.

Sindromul mongoloid este foarte frecvent şi este observat la toate rasele. Deficitul intelectual este constant, dar se manifestă în grade variabile.

<u>Disploidozele</u> sunt boli de stocaj, în care diverse lipide sunt acumulate, fie în celulele gangionare ale sistemului nervos central, fie în ţesutul reticulo-endotelial. Ele cuprind idioţiile amaurotice, boala lui Niemann Pick, boala lui Gaucher, boala lui Hurler sau gargoilismul.

<u>Idioţiile amaurotice</u> cuprind trei forme, după perioada manifestării lor:

- forma infantilă sau boala lui Tay Sachs apare la un sugar aparent normal spre vârsta de 5-8 luni şi se manifestă prin dificultăţi de salivare şi prin mişcări bruşte oculare.

- forma juvenilă sau boala lui Spielmeyer Vogt Sjogrens apare mai târziu, între 2 şi 10 ani. Sindromul neurologic se exprimă, de asemenea, printr-o atonie, cu tulburări extrapiramidale şi ale cerebelului, care conferă acestor subiecţi un mers special, cu anteflexiune a trunchiului şi flexiune a genunchilor. Tulburările vizuale, caracterizate prin ambliopie corio-retiniană pigmentară, au o apariţie tardivă, o evoluţie lentă şi progresivă. Sindromul mintal evoluează spre demenţă.

- forma tardivă sau boala lui Kufs este extrem de rară. Leziunile oculare nu sunt constante. Simptomele motorii şi mentale sunt prezente şi alcătuiesc un tablou al demenţei ataxice. Idioţiile amauratice sunt boli familiale datorite unei gene recesive. Disproteidozele se manifestă de la naştere sau în cursul primului an. Subiecţii bolnavi prezintă o înălţime mică, ochi albaştri şi păr blond sau castaniu-deschis. Ei prezintă diverse simptome neurologice: hipertonie însoţită de tremurături, mişcări atetozice, flexiune a membrelor, un mers cu paşi mici. Înapoierea mintală este constantă şi de cele mai multe ori severă.

Un regim alimentar sărac în fenilalanină instituit înaintea oricărei afecţiuni cerebrale, permite o dezvoltare normală, mintală şi fizică, acestor copii.

Alte disproteidoze sunt: sindromului Hartnup, boala lui Low, boala „siropului de arţar”. Ele sunt sindroame rare care atrag după sine o întârziere mintală sigură, în timp ce în metaeglobinemia congenitală şi boala lui Wilson, întârzierea mintală nu se manifestă întotdeauna.

Sindroamele legate de o perturbare a metabolismului de carbon, cum sunt galactosemia şi hipoglicemia idiopatică, aduc după sine, în cazul absenţei unui tratament corespunzător, debilitatea mintală şi tulburări neurologice.

Galastomia se manifestă prin insuficienţă gravă a creşterii, hepatomegalie care duce la ciroză, icter, tulburări digestive serioase şi dezvoltarea unei cataracte. Un regim alimentar lipsit total de lapte asigură dispariţia acestor tulburări, într-un mod cu atât mai complet cu cât tratamentul a început mai devreme.

Fructozuria este o altă condiţie în care are loc tulburarea metabolismului unei hodrocarburi. Se constată o lipsă de toleranţă a copilului faţă de fructoză. Copii devin somnolenţi, uneori apar stări convulsive şi alte tulburări fiziologice. Dacă nu se administrează de timpuriu o dietă în care să lipsească fructoza copilul nu se dezvoltă mormal din punct de vedere intelectual.

Sucrozuria constă în lipsa de toleranţă faţă de zaharoză. Şi în acet caz, nerespectarea dietei adecvate provoacă apariţia întârzierii mintale.

Aceasta demonstrează că un examen precoce şi sistematic al funcţiilor metabolice ale sugarului permite ca, prin tratamente adaptate şi specifice, să se contracareze evoluţia anumitor boli, care pot fi însoţite de debilitate mintală.

La formele dizostozice ale întârzierii mintale apar anomalii profunde ale sictemului osos, de natură predominant endogenă.

La întârziaţii mintal sunt relativ frecvente anomaliile craniului.

Arahnodactilia prezintă degete lungi şi subţiri. Craniul este îngust, dolicocefal, cutia toracică este adâncită. Se mai constată în mod frecvent anomalii congenitale ale inimii şi ale craniului. Întârzierea mintală se manifestă de timpuriu, dar nu este întotdeauna profundă.

Gargoilismul este relativ rar întâlnit. Statura copilului este subnormală, gâtul, membrele sunt scurte. Datorită acestui fapt, precum şi mobilităţii reduse a articularităţiilor, mişcările au un caracter greoi.

Craniul este deformat, mai frecvent lărgit, cu regiunea occipitală deosebit de proeminentă.

Nasul are formă de şa; gura este mare, cu limba şi buzele groase. Hernia ombilicală şi abdomenul este mărit, din cauza ficatului şi splinei mărite.

Întârzierea mintală este de diferite grade: în cazul unui gargoilism frust ea poate fi extrem de uşoară.

Durata vieţii acestor copii este redusă.

Microcefalia poate fi de natură endogenă şi exogenă. În ultma categorie intră formele uşoare, determinate de factori prenatali. Microcefalia de natură exogernă este mai mult evidentă şi intră ca trăsătură componentă în diferite sindroame.

Microcefalia se transmite printr-o genă regresivă. În acest caz, craniul nu numai că este exagerat de mic, în comparaţie cu faţa şi cu corpul, dar are şi o formă ce aminteşte de un con. Regiunea frontală şi occipitală a craniului prezintă o protuberanţă redusă. Suprafaţa craniului prezintă cre;te şi se constată o sutură prematură.

Teoria conform căreia nedezvoltarea encefalului ar fi determinată de sinosta craniană nu s-a dovedit ca fiind fundamentată.

Anolaliile constatate în structura sistemului nervo îşi au originea într-o perioadă a dezvoltării intrauterine, în care nu putea fi acuzat craniul ca factor restictiv în dezvoltarea encefalului.

În ceea ce priveşte mărimea craniului şi greutatea creierului, există variaţii individuale destul de mari. După unii autori o circumferinţă sub 48 cm la vârsta de 10 ani este indiciul microcefaliei.

Deficienţa mintală în cazul microcefaliei adevărate este de gradul idioţeniei sau imbecilităţii.

Capacitatea pronunţată de imitare, mişcarile vii dau deseori impresia unei deficienţa mai puţin profunde la aceşti copii.

Sfera activităţii este cea care constituie particularitatea acestei forme de întârziere mintală. Microcefalii prezintă emoţii vii şi au mişcări expresive variate.

Hipertelorismul este o formă relativ rară de întârziere mintală gravă.

Distanţa dintre ochi este relativ mare, iar unele cazuri exreme ochii au o plasare pe părţile externe ale feţei, ceea ce dă copiilor cu hipertelorism o înfăţişare aproape animalică. La aceasta mai conttribuie şi deformarea oaselor sfenoide. Craniul este brahicefalic. În mod frecvent se constată şi anomali ale palatului.

Formele xerodermice ale întârzierii mintale

Coincidenţa întârzierii mintale cu anumite boli ale pielii poate fi înţeleasă, dacă se ţine seama de originea ectodermică atât a pielii cât şi a sistemului nervos.

Sindromul Rud constă în întârzierea mintală, de obicei gravă, însoţită de ihtioză, epilepsie şi infantlism. Această formă este înrudită cu idioţia xerodermică, în care însă este absentă epilepsia.

Anormalitatea este evidentă curând după naştere. Pielea uscată, de o culoare galbenă-cenuşie, este acoperită de plăcuţe care cad uşor. Părul creşte cu greu.

Se constată că sindromul Rud este transmis ereditar. Apare mai frecvent în cazurile de consanguinitate.

Sindromul Sturge-Weber constă în întârziere mintală însoţită de pete roşiatice sau violacee pe piele.

Afecţiunea vasculară este prezentă uneori nu numai pe piele, ci şi pe meninge, în care caz întârzierea mintală este însoţită de atacuri epileptice.

Gradul întârzierii mintale poate fi diferit. Se întâlnesc oameni cu nevus facial care au un intelect normal, deşi unii dintre ei prezintă atacuri epileptice.

Scleroza tuberoasă constă în asocierea întârzierii mintale cu formarea unor noduli sclerotici în cortex şi cu atacuri epileptice.

În mod frecvent, pe piele apar granulaţii formate din glande sebacee hipertrofiate. Aceste granulaţii a căror plasare pe faţă de o parte şi alta a nasului are forma aripilor unui fluture, sunt gălbui, dar pot deveni roşiatici sau negre.

Întârzierea mintală este evidentă de la naştere, dar progresează cu vârsta, ajungându-se uneori la existenţa pur vegetativă.

Frecventele tumori ale orgaelor interne, în special ale rinichilor, duc la o moarte timpurie.

Formele atipice ale întârzierii mintale

Oligofrenia în care predomină nedezvoltarea unor regiuni anumite din scoarţa cerebrală. Pe fondul nedezvoltării generale a psihicului se constată tulburări ale conduitei ce ţin de leziunile din anumite regiuni ale sistemulu nervos: din lobii tempotali, parietali, din cerebel sau din anumite formaţii subcorticale.

În cazul în care există insuficienţe ale lobilor frontali, se constată o tulburare profundă a capacităţii de a acţiona în conformitate cu un scop.

Unii dintre copii sunt apatici, se supun în mod pasiv indicaţiilor. Din contră, alţii sunt exagerat de impulsivi. Aceşti copii utilizează în mod frecvent expresii şi cuvinte ale căror sens nu îl înţeleg.

O altă formă o constituie **sindromul Marinescu-Sjogren,** în care întârzierea mintală este însoţită de cataractă congenitală şi de tulburări ale motricităţii ce ţin de funcţia cerebelului.

O altă grupă îi cuprinde pe copiii cu paralizie cerebrală. În cazurile de întârziere mintală uşoară se constată o pronunţată disproporţie între nivelul de dezvoltare a diferitelor funcţii. De exemplu, copiii care citesc cu destulă uşurinţă şi reuşesc să redea conţinutul celor citite întâmpină dificultăţi deosebite în cele mai elementare operaţii de calcul, nu pot diferenţia stânga de dreapta etc.; de asemenea se constată o emotivitate mărită.

Formele endocrine ale oligofreniei sunt prezente la tulburările în funcţia glandelor endocrine.

În formele hipotiroidiene ale întârzierii mintale tulburarea endocrină joacă însă un rol hotărâtor în evoluţia bolii.

Cretinismul endemic apare în anumite regiuni ale globului din cauza slabei concentrări a iodului în sol şi în apă. Dezvoltarea copilului este afectată încă în perioada intrauterină, din cauza absenţei iodului furnizat de organismul mamei, care este necesar pentru producerea hormonului tiroidian. Utilizându-se sare la care s-a aduugat iod, frecvenţa cretinismului endemic scade.

Cretinismul sparadic constă fie în nedezvoltarea, fie în degenerarea glandei tiroide.

În **cretinismul familial,** glanda tiroidă este prezentă, dar există tulburări în funcţia ei.

Cu cât disfuncţia glandei tiroide este mai masivă şi cu cât ea a avut loc mai timpuriu în ontogeneză, cu atât deficienţa mintală este mai profundă.

Cretinii au o statură sub normală şi un caraniu mare în raport cu restul corpului. Pielea este gălbuie şi uscată, părul aspru. Proeminenţa abdomenului şi hernia ombilicală sunt frecvente. Cretinii sunt apatici, cu reactivitate scăzută la stimulările mediului. Mişcările şi mimica sunt reduse.

Diagnoaticul timpuriu al cretinismului are o deosebită importanţă. Administrarea unor preparate de tireoidină şi vitamina B12 şi B1 determină ameliorări psihice şi mai ales reduse.

Oligofrenia hidrocefalică este cauzată fie de o cantitate anormală a lichidului cefalorahidian, fie de circulaţia defectuoasă a acestuia. Hidrocefalia poate apărea fie înainte de naştere, fie la câteve luni după naştere. Atunci când hidrocefalia s-a instalat înainte ca oasele craniului să fie sudate, craniul ia proporţii anormale. În caz contrar, hidrocefalia duce la o hipertensiune craniană.

Gradul întârzierii mintale variază în funcţie de gravitatea şi momentul apariţiei hidrocefaliei. Uneori, ca efect al restabilirii circulaţiei lichidului cefalorahidian sau ca efect al normalizării secreţiei şi resorbţiei lui, are loc o ameliorare a funcţiilor intelectuale.

În cazul hidrocefaliei se observă o accentuare a dispoziţiei afective, fie în direcţia unui euforism, fie a unei iritabilităţi mărite.

Unele din sindroamele prezentate anterior, în special sindromul Down, sunt întâlnite în mod frecvent de profesori în căminele-şcoală sau chiar în şcoliile ajutătoare. Idioţia amaurotică, gargoilismul şi altele, sunt rar întâlnite. Profesorii şcolii ajutăroare întâlnesc în

mod mai frecvent, în practica lor, întârziaţi mintal la care anomaliile morfologice sunt puţin evidenţiate şi au un caracter mai puţin tipic decât în sindroamele amintite.

Unii elevi din şcolile ajutătoare prezintă o dezvoltare fizică armonioasă, plăcută.

3.1.2.6.Principalele sindroame în care se întâlneşte deficienţa mintală de tip oligofrenic. Sindromul Strauss

Oligofrenia este consecinţa tulburărilor în dezvoltarea sistemului nervos central, mai ales în dezvoltarea cognitivă, instalarea deficitului intelectual confundându-se de obicei cu dezvoltarea integrală a individului. Oligofreniile pot fi considerate ca un stadiu subnormal de dezvoltare a intelectului existent de la naştere sau apărut de la prima copilărie, ca urmare a unor tulburări care afectează dezvoltarea creierului, condiţionate fiind de factori genetici şi de mediu.

Între factorii ereditari organici şi de mediu social există o interdependenţă strânsă, adesea existând mai mulţi factori care formează o adevărată constelaţie în provocarea unei oligofrenii.

În funcţie de intensitatea deficitului intelectual, oligofreniile au fost împărţite în trei forme:

- debilitate mintală;
- imbecilitate;
- idioţie.

Şcoala americană preferă denumirea de retard mintal uşor, moderat şi sever. O importanţă deosebită în stabilirea gradului de oligofrenie o are coeficientul de inteligenţă

(Q.I.) – raportul dintre vârsta psihică şi vârsta cronologică înmulţit cu 100, şi gradul de recuperabilitate. Acesta este măsurabil prin teste psihometrice.

Împărţirera oligofreniei în cele trei forme are un caracter arbitrar; în realitate, trecerea de la o formă la alta se face treptat, chiar în cadrul aceleiaşi forme intelectual umane aceasta variind mereu:

1.Debilitatea mintală – reprezintă forma cea mai frecventă întâlnită în cadrul oligofreniei, şi se caracterizează printr-un Q.I. cuprins între 50 - 69, ceea ce corespunde unei vârste mintale care se situează între 7-8 ani şi 9-10 ani.

La sfârşitul dezvoltării sale, debilul mintal nu depăşeşte mecanismele de gândire şi modurile operaţionale ale unui copil de 9 ani. Randamentul şcolar al debililor mintal este scăzut.

Examenul psihologic detectează în primul deficienţe în sfera cognitivă. Vorbirea, deşi este relativ bine dezvoltată de multe ori apare defectuoasă.

În ceea ce priveşte percepţia, copii debili mintali prezintă unele deficienţe ale analizei şi sintezei. O altă trăsătură caracteristică a debililor mintali o constituie îngustarea câmpului percptiv care determină o orientare în spaţiu.

Constanţa percepţiei de formă şi mărime se realizează într-un ritm foarte alert.

Gândirea debilului mintal este caracterizată în primul rând prin dominarea funcţiilor de achiziţie comparativ cu funcţiile de elaborare:

- gândirea lui nu este creativă, ci reproductivă;
- predomină gândirea concretă şi practică faţă de gândirea abstractă;
- debilul mintal remarcă mai uşor deosebirile decât asemănările.

Limbajul se dezvoltă cu întârziere, dar cea mai frecventă cauză a întârzierii vorbirii este insuficienţa mintală. Deficienţele limbajului apar sub aspecte variate ale peceperii şi înţelegerii vorbirii, al volumului, vocabularului, al expresivităţii vorbirii, al articulării şi ritmului vorbirii.

Memoria copilului nu dobândeşte un caracter suficient de voluntar. Una din caracteristicile importante ale memoriei este rigiditatea fixării şi reproducerii cunoştinţelor. O altă particularitate care apare frecvent este lipsa de fidelitate a memoriei.

S-a stabilit că, cu cât gradul deficienţei mintale este mai mare, cu atât nivelul motricităţii rămâne mai scăzut.

Personalitatea debilului este insuficient structurată cu sugestibilitate mărită.

Afectivitatea rămâne imatură, predominând forme mai elementare ca afectele şi emoţiile, ceea ce caracterizează afectivitatea debililor este o mare irascibilitate şi un slab control cortical al acestuia.

Debilitatea mintală reacţionează fie printr-o situaţie de inhibiţie psihomotorie cu negativism şi încăpăţânare, fie prin descărcări afective violente.

În ceea ce priveşte şcoala, ei pot urma şcoala specială unde îşi însuşesc citit-scrisul şi calculul elementar la nivelul a 4-5 clase din şcoala generală. Debilul mintal are posibilitatea să-şi însuşească o profesie şi să se integreze social.

2.Imbecilitatea – este o deficienţă mintală gravă, situându-se între debilitate mintală şi idioţie, având o fecvenţă de 18 – 20 % din totalul oligofrenilor.

Se caracterizează printr-un coeficient intelectual (Q.I) între 20 - 50, ceea ce corespunde unei vârste mintale între 2-7 ani.

În general imbecilul este considerat parţial recuperabil. Prezintă tulburări de motricitate în sensul că motricitatea este slab dezvoltată şi insuficient diferenţiată.

Pe plan intelectual imbecilii ajung să-şi însuşească sistemul simbolic al limbajului în vederea comunicării. Vocabularul este restrâns la cuvintele uzuale. Vorbirea prezintă frecvent tulburări de tip dizartric. Ei nu reuşesc să-şi însuşească citit-scrisul.

Percepţile sunt inexacte, memoria infidelă şi scurtă, iar atenţia prezintă o hipoprosexie accentuată cu o mare labilitate, având o tenacitate scăzută, volum şi distribuţie restrânsă.

Gândirea imbecililor nu depăşeşte mecanismele conceptuale şi modurile operaţionale gândirii copilului de 7 ani, la sfârşitul dezvoltării lor.

Au o personalitate rudimentară cu sugestibilitate crescută, lipsă a discernământului, inhibiţie instincto-afectivă cu manifestări elementare zgomotoase.

Numeroase componente aberante întâlnite la imbecili nu sunt decât reacţii de insecuritate şi furie. Această labilitate afectivă se manifestă prin plâns şi crize nemotivate, furii violente.

Atenţia este caracterizată prin instabilitate şi de scurtă durată. Memoria este diminuată, uneori poate fi hipertofiată.

Imbecilul este incapabil să se întreţină singur fiind, în acest sens, dependenţi sociali şi având nevoie de o tutelă şi de o supraveghere constantă.

3.Idioţia – forma cea mai gravă a oligofreniei, reprezintă stadiul cel mai profund al nedezvoltării intelectului, având un Q.I. sub 20, ceea ce corespunde unui nivel mintal inferior vârstei de 2 ani.

Frecvenţa acestei oligofrenii este mai scăzută, reprezentând 5% din totalul lor.

Idiotul este considerat nerecuperabil, cu tulburări de dinamică, motricitate şi tulburări sfincteriene. Unii prezintă mişcări ritmice de balansare a corpului.

Vorbirea nedezvoltată constă în articulări monosilabice şi mai rar în învăţarea unor cuvinte simple prin care îşi exprimă dorinţele.

Percepţile sunt nediferenţiate nu disting gusturile, mirosurile, se muşcă şi se rănesc.

Atenţia deficitară cu o mare labilitate poate merge uneori până la aprosexie.

Memoria slabă permite doar fixarea mecanică.

Formarea noţiunilor nefiind posibilă, gândirea idiotului rămâne nedezvoltată. Activitatea voluntară se caracterizează prin mişcari neconcordante, steriotipe sau prin hipokinezie.

Idiotul prezintă o afectivitate rudimentară la nivel pur autoerotic (masturbare, bulimie, autofogie).

Idiotul rămâne întotdeauna incapabil să se îngrijească el însuşi şi impune o supraveghere şi asistenţă permanentă. Datorită acestui fapt se recomandă scoaterea copilului din mediul familial şi plasarea lui într-o instituţie de asistenţă socială pentru irecuperabili, numit până acum Cămin-Spital.

În cadrul deficienţelor mintale de tip oligofrenic, întâlnim şi sindromul Strauss.

Acest sindrom prezintă relaţia dintre întârziere mintală şi deficienţele motricităţii. Cu cât gradul întârzierii mintale este mai pronunţat cu atât nivelul motricităţii rămâne mai scăzut.

Gravitatea deficienţelor motrice depinde, într-o anumită măsură, de etiologia întârzierii mintale.

A.Strauss găseşte că întârzierile mintale cu leziuni cerebrale prezintă tulburări ale motricităţii mai numeroase şi mai grave decât cei de tip familial. Tulburările de discriminare

stânga-dreapta, de localizare a degetelor şi factura desenului fac parte din simptomatologia retardării.

La copiii deficienţi Strauss şi Werner au găsit o asociere semnificativă între tulburările aritmice şi cele ale nerecunoaşterii degetelor. Alţi autori au stabilit o relaţie între agnozia degetelor şi tulburările aritmice.

Bento pledează împotriva tuturor asociaţilor, între capacităţile aritmice şi cunoaştere degetelor, acceptând o uşoară asociaţie între gnozia digitală şi distincţia dreapta-stânga.

S-au stabilit relaţii între limbaj şi denumirea părţilor corpului, cu scopul de a le verbaliza pe cele din urmă.

După F.Dalto, la fiecare stadiu al dezvoltării există o imagine caracteristică a corpului rezultând din 2 imagini:

- una este imaginea de securitate a dinamicii de bază sau imaginea corpului în repaus tonic;

- cealaltă e imaginea dinamică de funcţionare a corpului.

Cadrul general de referinţă cu privire la factorii ereditari ai deficienţei mintale, după M.Chiva şi Y.Ruttschmann, cuprinde:

A. ***Factori genetici nespecifici (poligenici)*****:**

Debilitatea endogenă/subculturală/familială.

B. ***Factori genetici specifici*****:**

1.Sindroame datorate unei aberaţii cromozomiale:

a) aberaţia unui cromozom sexual: sindromul lui Turner sau aplastia gonadică, sindromul lui Bonnaville Ulrich, sindromul lui Klinefelter, hermafroditismul.

b) aberaţia unui cromozom autosom: mongoloismul sau sindromul Down.

2. Sindroame datorate unei deficienţe specifice a genelor:

a) ectodermoze congenitale: scleroza tuberoasă a lui Bourneville, neurofibromatoza sau boala lui Reckhlinghausen, angiomatoza cerebrală sau boala lui Sturge-Weber-Dimitri.

b) disfuncţii metabolice sau dismetabolii:

b.1. Dislipoidoze: idioţia amaurotică, boala lui Niemann Pick, boala lui Gaucher,boala lui Hurler sau gargoilismul.

b.2. Disproteidoze: fenilcetonuria sau oligofrenia fenilpiruvică, sindromul lui Hartnup, boala lui Wilson, boala lui Low, boala **„**siropului de arţar".

b.3. Dismetaboliile hidraţilor de carbon: galactosemia, hipoglicemia idiopatică.

c) disendocrinii: hipotiroidism, hipoparatiroidism, cretinism familial cu guşă, diabet insipid nefrogen.

d) anomalii craniene familiale: microcefalii, sindromul lui Apert, hidrocefalie.

Raportându-ne la cadrul de referinţă reprodus, vom descrie câteva sindroame determinate prin mecanisme genetice specifice, însoţite de deficienţă mintală. În acest scop, vom prelua unele idei atât de la cei doi autori citaţi cât şi de la alţii care au abordat această problemă.

Maladia Down – denumită după numele celui care a descoperit-o, Langdom Down, este un sindrom determinat de aberaţia unui cromozom autosom, la indivizii cu această anomalie apărând, în nucleul celulelor, un cromozom în plus, în perechea 21, fapt pentru care se mai numeşte «Trisomia 21».

În ceea ce priveşte etiologia Trisomiei 21, există părerea că ea s-ar putea datora vârstei mai înaintate a mamei, vârsta înaintată a tatălui sau diferenţa mare de vârstă între cei doi

părinţi, precum şi acţiunea unor factori nocivi în timpul sarcinii: oboseală intensă şi de lungă durată a gravidei, stări fizice şi afective traumatizante ale acesteia.

Baza genetică a maladiei Down nu poate fi schimbată în ontogeneză, aberaţia cromozomială Trisomia 21 rămânând pentru întreaga viaţă.

Sindromul lui Klinefelter – face parte din categoria aberaţiilor unui cromozom sexual, cariotipul majorităţii bolnavilor fiind 47 xxy şi afectând doar sexul masculin.

La aceşti indivizi este afectată, de regulă, dezvoltarea intelectuală, gravitatea afecţiunii fiind în funcţie de numărul cromozomilor x: cu cât numărul acestora este mai mare, cu atât mai afectat este intelectul.

Oligofrenia fenilpiruvică (fenilcetonuria) – maladie descrisă de Föling în 1934, face parte din categoria dismetaboliilor determinate genetic, în speţă din subcategoria disproteidozelor, acest sindrom caracterizându-se prin lipsa din sânge a acelei enzime, care, în situaţii obişnuite, asigură transformarea fenilalaninei în tirocsină. Când acest proces nu are loc, fenilalanina se transformă în acid fenilpiruvic, toxic pentru organism şi cu influenţe nocive grave asupra sistemului nervos central.

Galactosemia – maladie care face parte tot din categoria dismetaboliilor, este determinată de perturbarea metabolismului carbonului. Absenţa unei anumite enzime din sânge provoacă incapacitatea organismului nou-născutului de a transforma corespunzător galactoza din laptele cu care este hrănit copilul.

Fructozuria – este o altă condiţie în care are loc tulburarea metabolismului unei hidrocarburi. În acest caz se constată o lipsă de toleranţă a copilului faţă de fructoză. Dacă nu se administrează de timpuriu o dietă din care să nu lipsească fructoza, copilul nu se dezvoltă normal din punct de vedere intelectual.

Hipotiroidismul – sindrom datorat unor tulburări ale funcţionării glandelor cu secreţie internă, are două variante: cretinismul endemic şi cretinismul sporadic, datorate dereglării funcţiei normale a glandei tiroide.

3.1.3. Unele particularităţi ale proceselor psihice la deficienţii mintal

Ideea generală care se subliniază în caracteristicile activităţii psihice ale deficienţilor mintal are menirea de a stipula că aceasta, în ansamblu, se desfăşoară în limitele inferioare faţă de normal, a stagnării sau chiar a involuţiei unor funcţii, a deteriorării şi a dezorganizării. Dacă comportamentul este caracterizat prin puerilitate, infantilism, şablonism, labilitate, aceleaşi particularităţi sunt valabile şi pentru procesele şi funcţiile psihice. Dar pentru a nu formula concluzii eronate despre întreaga categorie de deficienţi mintal, este necesar a menţiona că toate particularităţile se manifestă în raport cu gradul deficienţei.

În planul ***senzorial-perceptiv*** se remarcă dificultăţi de analiză, cea ce determină perceperea globală a obiectului sau imaginii acestuia, în detrimentul sesizării elementelor componente.

Frecventele confuzii ce apar în aceste situaţii se datorează şi activismului scăzut al debilului mintal faţă de activitate. În cazul în care părţile componente ale unui obiect sau al unei imagini sunt mai bine delimitate prin subliniere, culoare, poziţie centrală ocupată etc., analiza este uşurată, iar percepţia devine mai consistentă. Datorită faptului că la unii deficienţi mintal există unele anomalii în sfera vizuală, auditivă, tactil-chinestezică, se accentuează lipsa de specificitate a percepţiilor.

„Copiii întârziaţi mintal desprind din obiecte sau din imagini mai puţine detalii, ceea ce face ca percepţiile lor să fie insuficient de specifice, să apară cu uşurinţă confuziile”(M.Roşca, l967). Deficienţele analizei se pun în evidenţă mai mult ca o lipsă a activismului. La ei unele elemente se desprind mai uşor, intră pe primul plan, mascând pe celelalte. Culoarea este o însuşire care se impune percepţiei lor, în schimb forma, greutatea şi materialul din care este confecţionat se desprinde mai greu. De asemenea, şi sinteza elementelor analizate se realizează greu. Astfel, orice situaţie prea fragmentată este greu reconstituită în plan perceptiv. La fel, durata analizei şi sintezei este mai mare, remarcându-se o îngustime a câmpului perceptiv. Întârziaţii mintal desprind cu greutate figura şi fondul, iar lipsa flexibilităţii activităţii cognitive este pusă în evidenţă în cadrul percepţiilor cu ajutorul figurilor reversibile. Având în vedere că şi sinteza este deficitară, reconstituirea perceptivă se realizează incomplet, iar în situaţiile mai complexe devine imposibilă. Datorită experienţelor personale reduse, deficientul mintal întâmpină mari dificultăţi atunci când este pus în situaţia de a face ierarhizări, ordonări pentru a facilita activitatea perceptivă. Deşi durata analizei şi sintezei este mai mare decât la copilul normal, se remarcă îngustimea câmpului perceptiv, definită prin perceperea unui număr restrâns de elemente, ca şi a distanţelor, a raportului dintre ele, a poziţiei lor etc. În perceperea imaginilor, deficienţii mintal invocă elemente străine şi nesemnificative ce au fost percepute într-o situaţie anterioară, dau explicaţii aleatorii, folosind clişee verbale, datorită tulburărilor de limbaj şi a vocabularului sărac; predomină caracterul descriptiv al celor percepute, în detrimentul celui explicativ. Dacă la normali existenţa iluziilor perceptive este un indiciu al desfăşurării planului senzorial al percepţiei în relaţie cu realitatea înconjurătoare, la deficienţii mintal funcţionalitatea percepţiei distorsionate este deficitară, în sensul că ori iluzia este absentă, ori apare o labilitate exagerată

în realizarea percepţiei de la o situaţie la alta. Această situaţie se poate explica prin structura anatomo-fiziologică a sistemului nervos sau experienţa insuficientă şi redusele posibilităţi de analiză ale deficientului mintal. Unele conexiuni fiind insuficient consolidate determină o percepere a părţii care se impune dintr-un obiect, printr-o singură caracteristică, nu neapărat cea esenţială, ceea ce duce la o percepere parţială şi nu integrală, lacunară. Actualizarea unor ***reprezentări,*** ce ar putea veni în sprijinul desfăşurării percepţiei, se face numai parţial, datorită inerţiei ce marchează întreaga activitate psihică a deficientului mintal.

Reprezentarea este rezultatul experienţei individuale, al învăţăturii, având o poziţie intermediară, între percepţie şi gândire.

Este un „proces cognitiv – senzorial de semnalizare, în forma unor imagini unitare, dar schematice, a însuşirilor concrete şi caracteristice ale obiectelor şi fenomenelor, în absenţa acţiunii directe a acestora asupra analizatorilor."

Reprezentările sunt imagini mintale secundare ale realităţii pe care o reflectă cu un anumit grad generalitate şi selectivitate. Ne reprezentăm nu numai obiecte şi fenomene, ci şi procese, acţiuni, relaţii.

Caracterul mai mult sau mai puţin cuprinzător al reprezentărilor, bogăţia sau sărăcia lor la un copil sau altul depind, în mare măsură, de calităţile activităţii perceptive în contextul căreia s-au format. Reprezentările existente deja influenţează calitatea desfăşurările acivităţilor perceptive. Reprezentările interacţionează, de asemenea, cu limbajul, care activizează imaginile mintale, adică reprezentările, iar acestea contribuie la îmbogăţirea limbajului, atât în ceea ce priveşte vocabularul, cât şi operativitatea comunicării.

Reprezentările temeinic elaborate sunt deosebit de importante pentru funcţionarea eficientă a gândirii şi imaginaţiei, iar dezvoltarea acestora oferă un cadru favorabil pentru lărgirea, diversificarea şi nuanţarea reprezentărilor.

La copii cu deficienţă mintală, toate aspectele menţionate ale interacţiunii reprezentărilor cu activitatea perceptivă, iar pe de altă parte cu limbajul, gândirea imaginaţia, sunt afectate, iar eficienţa lor în activitatea de învăţare este puternic diminuată. Există cauze subiective, care impiedică interacţiunea normală între funcţiile psihice, printre acestea numărându-se insuficienta adaptare a modalităţilor de lucru cu deficienţi la particularităţile concrete ale dezvoltării lor, inclusiv la particularităţile reprezentării.

Paul Popescu-Neveanu subliniază faptul că reprezentarea nu este doar un proces al activităţii cognitive, ci şi un produs al acestei activităţi. Ca proces, ea constituie veriga intermediară între senzaţii – percepţii, pe de o parte, şi gândire – imaginaţie, pe de altă, făcând astfel legătura între cogniţia primară şi cea superioară. Ca produs, reprezentarea constituie prima rezultantă a activităţii cognitive, iar calităţile şi insuficienţele sale vor influenţa pozitiv sau negativ obţinerea, în continuare, a celor două produse – noţiunea şi conceptul.

Apare clar necesitatea stimulării şi exersării temeinice a cogniţiei primare la copiii cu deficienţe mintale, printr-un sistem coerent de educaţie senzorial-perceptivă, de formare, precizare şi corectare a reprezentărilor, ceea ce se constituie într-unul dintre obiectivele centrale ale terapiei complexe la copiii respectivi, mai ales în anii preşcolarităţii şi ai debutului şcolar.

În psihologie este bine cunoscut faptul că, raportate la gradul propriu de generalizare şi la ponderea celorlalte procese psihice cu care interacţionează, reprezentările pot fi grupate astfel:

- *reprezentări simple*, la baza cărora se alfă experienţa peceptivă repetată a subiectului în cauză cu obiectele şi fenomenele lumii înconjurătoare şi în care este implicată, prioritar, activitatea unui anume analizator; astfel sunt reprezentările vizuale, auditive;

- *reprezentări complexe*, bazate tot pe experienţa individuală, dar în constituirea cărora sunt implicate procese mai complexe de interacţiune între analizatori şi cu participare mai intensă a operaţiilor gândirii; astfel sunt reprezentările spaţiale, timporale, de mişcare etc.

- *reprezentări construite*, în care, deşi punctul de sprijin îl oferă tot experienţa individuală, inclusiv reprezentările simple şi complexe existente, imaginile sunt supuse unei intense prelucrări prin gândire şi prin imaginaţie; din această categorie fac parte, de exemplu, reprezentările fantastice.

Antrenarea temeinică a reprezentărilor complexe este foarte importantă, deoarece ele sunt puternic implicate în activităţile practice şi în procesul pregătirii pentru muncă. Această antrenare a capacităţii de reprezentare complexă trebuie făcută atât prin exerciţii speciale integrate activităţii de terapie ocupaţională, cât şi în cadrul diferitelor activităţi şi discipline şcolare obişnuite, pe care le desfăşurăm cu şcolarii handicapaţi mintal:

- îndeletniciri şi lucrări practice, educaţie fizică, geometrie elementară, geografie, vizite şi excursii – îndeosebi pentru formarea, corectarea şi consolidarea reprezentărilor spaţiale;

- istorie, biologie, dar şi activităţi zilnice desfăşurate, conform unui program (orar) stabil, pentru formarea, corectarea şi consolidarea reprezentărilor de timp;

- aritmetică elementară, muzică, gimnastică şi sport, activităţi gospodăreşti pentru formarea capacităţii de reprezentare corectă a unor ritmuri, raporturi, proporţii.

Cele mai accesibile deficienţilor mintal sunt reprezentările construite, datorită implicării imaginaţiei, care este procesul cognitiv deosebit de afectat şi foarte puţin eficient la această categore de deficienţi.

O serie de investigaţii experimentale au fost desfăşurate în legătură cu reprezentările vizuale la elevii handicapaţi mintal din şcolile speciale ajutătoare, cercetătorii respectivi evidenţiind, în final, următoarele particularităţi:

- caracterul îngust şi unilateral, cu alte cuvinte, sărăcia bagajului de reprezentări;

- slaba diferenţiere între reprezentările din aceeaşi categorie, asemănătoare între ele;

- rigiditatea reprezentărilor, lipsa lor de dinamism, de flexibilitate, insuficienta corelare cu experienţa;

- pierderea treptată şi într-un ritm susţinut a specificului reprezentărilor formate, estomparea diferenţelor între reprezentările apropiate şi chiar deformarea lor, odată cu trecerea timpului şi în strânsă legătură cu lipsa accentuată de fidelitate a memoriei la deficienţii mintal.

Cercetările au demonstrat că aceste caracteristici ale reprezentărilor se întâlnesc, îndeosebi, la elevi handicapţi mintal de clasele mici, unde, atât experienţa cognitivă cât şi limbajul implicat în precizarea reprezentărilor, sunt încă slab dezvoltate. Sitauţia se ameliorează, însă, treptat în clasele mari, începând cu clasa a 5-a şcolii speciale ajutătoare.

În cadrul unor cercetări comparative, Constantin Păunescu a demonstrat că, în timp ce procesele psihice ale copiilor normali, inclusiv reprezentările pe bază de simboluri, prezintă un traseu ascendent, cu precădere între 7 şi 11 ani, adică atunci când faza concret operaţională atinge cuantumul maximal, la deficientul mintal, curba de ascensiune este foarte lentă la aceeaşi vârstă, în schimb cunoscând un anume salt între 11 şi 13 ani. De aici, concluzia autorului citat că „tulburarea multidimensională intervenită la nivelul releului de reprezentare,

constituie una din caracteristicile fundamentale ale organizării mintale a deficientului mintal”, afirmaţia fiind desigur valabilă, în special pentru elevii handicapaţi mintal, sub vârstă de 11 ani, adică la nivelul primelor patru clase.

Să ne amintim o idee fundamentală din psihologia cognitivă, aceea că reprezentarea este, de fapt, o primă modalitate de păstrare în conştiinţă a propriei experienţe de cunoaştere, pe care omul şi-o formează în contactul său cu mediul înconjurător. La deficienţii mintal, ca urmare a experienţei individuale sărace şi lacunare, reprezentările reflectă insuficienţele acestui proces, fiind sărace, complexe, inexacte şi chiar greşite.

Transformarea imaginilor perceptive primare în imagini secundare, adică în reprezentări, nu este un act mecanic de simplă acumulare. La toţi copiii deficienţi mintal necuprinşi într-un proces complex de profilaxie şi terapie specifică, reprezentările ce se formează vor fi lacunare, atât sub aspectul conţinutului senzorial-perceptiv, cât şi al operativităţii specifice. O condiţie de bază a formării unor reprezentări trainice şi utile la elevii cu handicap mintal o constituie asigurarea contactului lor direct şi activ cu obiectele şi fenomenele studiate sau cu „înlocuitorii” acestora – modele, imagini, schiţe.

Necesitatea urmăririi cu atenţie a dezvoltării funcţiilor cognitive – inclusiv a formării reprezentărilor – este subliniată, în teoriile actuale privitoare la „învăţarea mediată”, prin instrumentarea prin exerciţiu dirijat al funcţiilor respective. Ana Roth Szamosközi subliniază că, obiectivul învăţării mediate, sub aspect funcţional, este de a forma „reprezentările interne, atenţia concentrată şi stabilă, prin folosirea unor strategii de memorare, de explorare şi de rezolvare de probleme, capacitatea autoreglatoare a limbajului, gândirea reflexivă”.

Desigur că acest deziderat, care este de fapt dezideratul interiozării şi consolidării treptate a reprezentărilor, printr-un demers adecvat şi în strânsă legătură cu formarea altor

capacităţi cognitive, rămâne valabil atât în cazul activităţii de învăţare cu elevii, având o dezvoltare intelectuală normală, cât şi în cazul special al elevilor cu handicap mintal. La aceştia din urmă, însă, dezideratul respectiv dobândeşte o semnificaţie aparte, în măsura în care insuficienţele acestor copii la nivelul „releului" reprezentărilor vor influenţa puternic, în sens negativ, formarea capacităţilor cognitive superioare.

Caracterul mai mult sau mai puţin cuprinzător al reprezentărilor, bogăţia sau sărăcia lor, de la un copil sau altul, depind de calităţile activităţii perceptive în contextul căreia s-au format.

3.1.3.1.Subsistemul cognitiv-comunicaţional în structura psihică a deficienţilor mintal

În dicţionarul explicativ al limbii române, deficienţa este „scădere, lipsă, greşeală, rămânere în urmă". Într-un sens mai specializat, cu caracter medical, deficienţa este definită ca „lipsă de integritate anatomică şi funcţională a unui organ; absenţa unor facultăţi fizice sau psihice".

Notăm că termenul îşi are originea în limba latină („deficienţia") şi în limba română a pătruns prin cuvântul franţuzesc (şi el de origine latină) „deficience". Înţelesul acordat cuvântului respectiv în toate cele trei limbi este acela de lipsă.

Prin aplicarea lui la persoana umană, dată fiind complexitatea acesteia, s-a conturat un sens mai larg şi anume acela de lipsă de integritate structurală sau funcţională a unui organ. Astfel, orice aparat sau orice organ care intră în componenţa organismului uman poate fi ori lezat, amputat, complet lipsă sau, din cauza unor îmbolnăviri sau accidente, se diminuează sau

se tulbură capacitatea sa funcţională, acesta nemaiputând să obţină în activitatea sa specifică o performanţă la nivelul normal.

Deficienţa deci poate fi organică (înţelegând prin aceasta lipsa sau diminuarea parţială a funcţionalităţii), sau psihică (interesând procesele fundamentale de cunoaştere, de gândire şi de integrare).

Componentă a sistemului de învăţământ special pentru copiii care, datorită unor abateri evidente şi stabile în dezvoltarea lor fizică sau psihică, nu fac faţă exigenţelor şcolii de masă, învăţământul ajutător se află în centrul preocupărilor a numeroşi specialişti din domeniul ştiinţelor pedagogice, psihologice, medicale şi sociologice. Atenţia acordată acestui învăţământ se datorează problemelor multiple şi complexe pe care le ridică instruirea, educarea, pregătirea pentru viaţa, pentru muncă a celei mai numeroase şi mai eterogene categorii de copii cu abateri stabile în dezvoltare – copiii deficienţi mintal.

Învăţământul special ajutător urmăreşte pregătirea pentru viaţă, pentru activitatea practică a persoanelor ce prezintă deficienţe mintale, reprezentând „unul dintre instrumentele primordiale şi eficiente de reabilitare biologică, instructiv-educativă şi social profesională".

În societatea noastră, pregătirea şi integrarea deficienţilor mintal într-o activitate productivă este o necesitate economică, o datorie socială şi o obligaţie morală.

Pregătirea pentru muncă a deficienţilor mintal nu constă în asimilarea unor cunoştinţe, în însuşirea unor deprinderi. Ea trebuie însoţită de o acţiune educativă care să realizeze socializarea deficientului, integrarea lui în societate, dezvoltarea capacităţilor sale şi formarea aptitudinilor necesare activităţii acestuia în societate.

Astfel, şcoala ajutătoare are sarcina de a imprima conţinutul învăţământului un caracter predominant practic-aplicativ.

Cea mai evidentă caracteristică a evaluării gradului deficienţei mintale este ***gândirea*****.** Handicapul intelectual se remarcă, mai evident, atunci când se urmăresc posibilităţile de efectuare a unor activităţi, dar şi atunci când se constată folosirea operaţiilor gândirii în rezolvarea diferitelor probleme sau situaţii problematice. Nu numai analiza şi sinteza obiectelor percepute se realizează deficitar, ci mai ales abstractizarea şi generalizarea, dar şi comparaţia (mai uşor stabilesc asemănările decât deosebirile dintre obiecte). Deficientul mintal stabileşte principii de clasificare (generalizare) foarte greu, atunci când trebuie să realizeze generalizarea pe baza desprinderii simultane a mai multor elemente comune. Totodată realizarea procesului de generalizare este condiţionată de existenţa în vocabularul copiilor a termenilor în care să se poată fixa rezultatele activităţii de gândire. Deşi stadiile dezvoltării deficientului mintal se succed în aceeaşi ordine ca şi la copilul normal, evoluţia este mai lentă şi nu poate ajunge la stadiul final, al operaţiilor formale. În privinţa dezvoltării procesului de gândire, la deficienţii mintal în gradul debilităţii mintale, dezvoltarea maximă este marcată de sfârşitul stadiului operaţiilor concrete, pe când deficienţii mintal de nivel inferior rămân la începutul stadiului operaţiilor concrete. Dificultăţi majore la deficientul mintal se manifestă atunci când este pus în situaţia de a defini unele noţiuni. Modul cel mai frecvent de definire a unei noţiuni constă în indicarea funcţiei sau utilizării (mărul este care se mănâncă; calul este care fuge etc.). Noţiunea de număr se dezvoltă în etape, dar apare o discrepanţă între capacitatea de memorare mecanică a numerelor şi capacitatea de înţelegere a numeraţiei. Adunarea, efectuată cu material concret, se menţine mult timp la nivelul inferior de numărare. Dificultăţi majore se întâmpină în înţelegerea noţiunilor de „tot atât", „la fel de mult", „mai mult-mai puţin", „lung-scurt", „subţire-gros", „sus-jos", „înainte-înapoi", „stânga-dreapta" etc. De asemenea, înţelegerea, a cărei esenţă constă în integrarea

cunoştinţelor noi în sistemul anterior elaborat, apare cu greu la copiii deficienţi mintal din cauza modului defectuos în care realizează această integrare. Handicapaţii de intelect uneori nu înţeleg un text ştiinţific sau literar, enunţul unei probleme, deşi dispun de informaţia necesară, deoarece această informaţie nu se actualizează în momentul respectiv, sau nu se actualizează pe baza contextului dat. În rezolvarea problemelor apar dificultăţi ce decurg din alegerea inadecvată a operaţiilor, ca efect al unei analize insuficiente a enunţului. Asimilează toate problemele la ultimul tip de probleme pe care le-au învăţat. Capacitatea de a face raţionamente inductive sau deductive este destul de limitată. Dezvoltarea gândirii se opreşte la nivelul senzorio-motor sau la stadiul operaţiilor concrete. Capacitatea redusă de a folosi cunoştinţele anterioare în înţelegerea şi rezolvarea unor situaţii diferite explică inerţia gândirii lor.

Gândirea se defineşte ca „proces cognitiv de însemnătate centrală în reflectarea realului (s.n.), care, prin intermediul abstractizării coordonate în acţiuni mentale, extrage şi prelucrează informaţii despre relaţiile categoriale şi determinative în forma conceptelor, judecăţilor şi raţionamentelor”.

Datorită acestor caracteristici, gândirea este principala pârghie psihică, prin care individul uman – deci şi şcolarii aflaţi în plin proces de maturizare intelectuală, inclusiv şcolarii handicapaţi mintal – realizează, mai mult sau mai puţin eficient, adaptarea conştientă la condiţiile de mediu.

Una din caracteristicile importante de dinamicii dezvoltării psihice la deficienţii mintal – inclusiv ale dinamicii dezvoltării inteligenţei – o reprezintă „vâscozitatea genetică”, fenomen pus în evidenţă de Barbel Inhelder (1963). Bazându-se pe teoria piagetiană a dezvoltării stadiale a inteligenţei, autoarea citată a evidenţiat faptul că, în timp ce adolescentul

normal atinge cu uşurinţă stadiul operaţiilor intelectuale formale, inclusiv întreaga paletă a gândirii reversibile, deficientul mintal stagnează, adesea, în dezvoltarea sa intelectuală, rămânând la nivelul unor trepte intermediare, fără a putea atinge nivelul gândirii formale.

Datorită particularităţilor enumerate ale dezvoltării inteligenţei, datorită dificultăţilor întâmpinate în gândire, elevii cu handicap mintal recurge adesea, în activitatea lor şcolară, la soluţii puerile în rezolvarea sarcinilor cognitive; ei nu simt nevoia de feed-back, pe care nu-l solicită, după cum, de regulă, nu solicită nici ajutorul adultului (cadru didactic, părinte sau alte persoane cu care interacţionează), iar dacă-l primesc şi, eventual, îl folosesc în situaţia concretă dată, nu-l transferă şi nu-l utilizează în situaţii similare.

După S.I.Rubinstein (1979), una dintre cele mai frecvente manifestări ale „simptomului central", adică ale dificultăţilor de abstractizare şi generalizare, constă în concretismul excesiv al gândirii, în incapacitatea accentuată a şcolarului cu handicap mintal de a se desprinde de concret, nemijlocit de situaţia trăită în momentul dat, de a face generalizări şi de a verbaliza (conştientiza) propria experienţă.

De asemenea, aceşti elevi se caracterizează printr-un scăzut spirit de observaţie, prin slaba manifestare a interesului cognitiv, deci, printr-o insuficientă curiozitate, ceea ce influenţează negativ procesul antrenării lor în activitatea cognitivă, inclusiv în activitatea de învăţare la clasă.

O manifestare a inerţiei la şcolarii cu handicap mintal constă în dificultăţile majore pe care ei le întâmpină, mai ales în secvenţa acomodativă a procesului cognitiv. Ca urmare a acestui fapt, se întâmplă ca, în „depozitul mnezic" al şcolarilor respectivi, să coexiste fragmente de informaţii învechite şi contradictorii cu elementele cognitive noi, având un grad mai mare de autenticitate.

După C.Păunescu şi I.Muşu (1998), un asemenea tip de achiziţii cognitive constituie, de fapt „un fals progres”, deoarece informaţiile sunt înregistrate mecanic, iar reproducerea lor ulterioară se face prin simplă „recitare” şi nu printr-o autentică operare.

Reprezentând, după părerea noastră, una din principalele manifestări ale „vâscozităţii mintale”, falsul progres la elevii handicapaţi mintal se concretizează în restrângerea accentuată a ariei de aplicabilitate a unor cunoştinţe, pe care ei le-au „asimilat” la anumite lecţii, dar întâmpină dificultăţi majore sau nu sunt deloc capabili să le folosească independent (adică din proprie iniţiativă) la alte discipline sau pentru a rezolva, cu ajutorul lor, situaţii problematice în care ei nu sunt familiarizaţi. Incapacitatea constituie un indiciu important al rigidităţii gândirii la copiii cu deficienţă mintală.

Limbajul, fiind învelişul material al gândirii, poartă pecetea caracteristicilor acesteia. Întârzierea în apariţia limbajului este direct proporţională cu gradul deficienţei mintale. Întârzierea se manifestă sub toate aspectele limbajului: fonetic, lexical, gramatical, semantic, la care se adaugă şi frecvenţa mare a tulburărilor de limbaj, începând de la simpla dislalie, până la dislalia polimorfă sau tulburări şi mai grave. Caracterul situativ al limbajului, pronunţia izolată a cuvintelor, precum şi nivelul de înţelegere a vorbirii celor din mediul său de viaţă, constituie parametri ai dezvoltării psihice. Fenomenele de infantilism sunt efecte şi ale imaturităţii verbale. Formele şi tipurile comunicării sunt în raport direct cu comportamentele specifice şi cu mobilitatea personalităţii deficientului mintal. Limbajul fiind în strânsă relaţie cu procesul gândirii, fiind un mod de manifestare a acesteia, are de suferit în dezvoltarea sa. Indiciul cel mai evident al dezvoltării anormale a copilului, în primii ani de viaţă, este tocmai apariţia întârziată a vorbirii. Dacă la copilul cu dezvoltare psihică normală pronunţia primelor cuvinte se face în jurul vârstei de un an, la deficientul mintal, aceasta se

petrece aproximativ la vârsta de 2 ani. Vorbirea în propoziţii, la normal -1,7 ani, la deficientul mintal, abia la 3-4 ani. Ulterior, la deficienţii mintal, limbajul se dezvoltă, în general, sub toate aspectele, cu întârziere. Tulburările de vorbire prezente la deficienţii mintal se întâlnesc şi la normali, în primii ani de viaţă, dar la deficienţii mintal apare un complex de mai multe deficienţe sub variate aspecte: al perceperii şi înţelegerii vorbirii interlocutorului, al volumului vocabularului şi al complexităţii frazelor folosite, al expresivităţii vorbirii, al articulării, fonaţiei şi ritmului vorbirii, al mijloacelor auxiliare de comunicare etc. Cu toate dificultăţile şi neajunsurile activităţii psihice, la handicapaţii de intelect sunt unele

Limbajul uman constituie cea mai importantă cucerire pe scara evoluţiei biopsihologice pe care a atins-o omul.

Pentru viaţa socială, limbajul articulat, utilizând un cod lingvistic – *limba* – stabileşte reţeaua fundamentală de comunicare interpersonală şi colectivă.

Cu ajutorul limbajului individual îşi exprimă gândirea, simţirea, atitudinea şi influenţează astfel întregul complex socio-cultural. De limbaj se foloseşte gândirea ca să se exteriorizeze prin concepte, judecăţi, raţionamente, etc., dar ceea ce este foarte important, limbajul constituie un rezultat al procesului de dezvoltare a gândirii. Fără cunoaştere şi gândire, limbajul nu poate să apară şi nici să se dezvolte.

Cercetarea comparativă a copilului normal şi a celui cu deficienţă mintală a dus la constatarea că în ceea ce priveşte timpul când apare primul cuvânt (la copilul normal în jurul vârstei de 10-14 luni, la deficientul mintal după 3-5 ani) deficienţele se măsoară în ani. În ceea ce priveşte formarea limbajului sub raportul vocabularului, al structurii gramaticale, al corectitudinii de exprimare sub raport stilistic sau logic, niciodată deficientul mintal nu depăşeşte copilul normal de 10-12 ani.

Este un argument indubitabil pentru a demonstra strânsa legătură care există între nedezvoltarea limbajului şi nivelul deficitar al dezvoltării mintale.

Limbajul deficientului mintal se caracterizează după gravitatea deficienţei mintale prin:

- foarte grave întârzieri în apariţia şi organizarea acestuia sub aspectul vorbirii (rostirii);
- grave dificultăţi de înţelegere a sensului cuvintelor;
- dificultăţi grave în structura gândirii prin limbaj;
- dificultăţi grave în formarea dialogului;
- limbajul deficienţilor mintal are un mare grad de concretism şi un nivel foarte scăzut de abstractizare.

Cercetările de psiho-neurofiziologie ale lui A.Luria (145) pun în evidenţă formele de interacţiune şi de reglare comportamentală a conceptelor (limbajului) la deficienţii mintal. Nu există îndoială că aceste direcţii de investigare au dus la elaborarea unei sinteze precum este cartea lui D.Meichenbaum, intitulată Cognitive „Behaviour Modification”. Lucrarea pune în ecuaţie terapeutică, atât modelul Luria cât şi modelul behaviorist, considerând factorul cognitiv ca element de bază.

El are în vedere mai multe categorii clinice, de la individul impulsiv până la bolnavul schizofrenic. Nu are aplicaţii terapeutice speciale la deficienţi.

În perioada formării limbajului, la copiii cu unele dificultăţi de articulare şi cu o mare viteză de gândire, apare o formă de bâlbâială – zisă fiziologică – care are aspectul unei repetări, fie a începutului cuvântului, fie a cuvântului în întregime. Bâlbâiala încetează dacă nu

există o stare tensivă sau conflictuală în mediul de viaţă al copilului sau o fragilitate neuropsihică.

Bâlbâiala intervenită după perioada de formare a limbajului se datorează, în general, unui traumatism psihoafectiv (frică, conflicte, brutalizări, anxietate, etc.). Fenomenul de singularizare, de izolare, cu predominanţă în desenul copiilor cu sindrom de nonintegrare a valorii şi deficienţă mintală, exprimă infirmitatea lor majoră: lipsa posibilităţilor de comunicare prin limbaj articulat, specifice relaţiilor interumane.

Copilul nu le doreşte pentru că-i relevă sensul existenţei sale sociale el adoptă în desen o poziţie de rejectare a elementului uman din relaţia apropiată, menţinându-l în universul său, însă la oarecare depărtare, printre celelalte elemente naturale.

Învăţarea scrierii constituie una dintre cele mai dificile şi complicate activităţi ale omului. Necesitatea de a învăţa cât mai rapid o scriere corectă şi faptul că întreaga cultură se bazează pe abilitatea de a comunica prin scris şi de a citi, generează unele probleme dedicate în jurul acestei activităţi, drept pentru care un autor francez numea disgrafia şi dislexia (tulburările de scris şi citit) „maladia-secolului".

Autori foarte recenţi, susţin că aproximativ între 6-20% dintre copiii de vârstă şcolară prezintă dificultăţi în învăţarea scrisului şi descifrarea acestuia.

Ei au nevoie de o asistenţă medico-pedagogică specială oferită de către instituţiile autorizate.

Se pune intrebarea „Ce învaţă deficientul mintal?"

În scala de dezvoltare a psihomotricităţii, a limbajului şi a jocului, sunt cuprinse cele mai obişnuite achiziţii în aceste direcţii pe care le poate obţine copilul deficient mintal de la naştere până la 7 ani. Toate aceste achiziţii sunt rezultatul procesului de învăţare şi dezvoltare.

Am cuprins în aceste scale indicatorii unor deprinderi, abilităţi şi acţiuni simple. Ele pot fi dezvoltate prin intervenţia educativă a părintelui sau a educatorului. În unele cazuri se poate obţine mai mult, în altele, mai puţin. Cele mai multe dintre aceste acţiuni şi comportamente sunt rezultatul învăţării în şcoală, adică al unei învăţări organizate. Ele însă nu pot fi obţinute nici de către şcoală fără ajutorul permanent al familiei, al anturajului social al copilului deficient.

Cea mai mare dificultate a organizării mintale a deficientului constă în tulburarea accentuată a capacităţii sale de reprezentare a ceea ce obţine prin cunoaştere, la nivelul unor simboluri şi semnificaţii.

Prima suferinţă produsă de această deficienţă fundamentală este aceea a limbajului şi gândirii. Trecerea de la realitatea imediată, la cea mediată (psihică) se face prin intervenţia unui releu care se numeşte *reprezentare şi anticipare*. Tulburările proceselor psihice care iau parte la învăţare în cazul deficienţilor mintali sunt multiple. Ne-am oprit asupra câtorva, pentru a înţelege mai uşor de ce aceştia învaţă atât de greu şi mai ales de ce învăţarea este totuşi limitată.

Imaginaţia este considerată proces psihic „solidar şi analogic cu gândirea”, aparţinând, deci, condiţiei superioare, proces „de operare cu imagini mintale, de combinare sau construcţie imagistică” (s.n.), prin care acţionăm „asupra realului, posibilului, viitorului” şi tindem spre „producerea noului, în forma unor reconstituiri intuitive, a unor „tablouri” mintale, planuri iconice sau proiecte”.

Ca şi gândirea, imaginaţia este puternic afectată la copiii (elevii) cu deficienţă mintală, datorită sărăciei şi caracterului lacunar al bagajului de reprezentări, datorită caracterului rudimentar al funcţiei semiotice şi fenomenelor de nedezvoltare a limbajului din cauza

capacităţii mnezice limitate – îndeosebi în ceea ce priveşte actualizarea şi prelucrarea propriilor cunoştinţe – şi, mai ales, datorită inerţiei gândirii şi rigidităţii reacţiilor adaptative.

Având în vedere, în primul rând, tocmai categoria handicapaţilor mintal, C.Păunescu şi I.Muşu (1997) subliniază, pe bună dreptate, că „imaginaţia la toate formele de nedezvoltare cognitivă este săracă, reproductivă, intensitatea ei fiind invers proporţională cu gradul de gravitate, uneori până la absenţa totală, cu frecvente tulburări la formele de deficienţă mintală”.

Pe de altă parte, N.Sillamy (1995) susţine, dimpotrivă, că „producerile imaginare sunt cu atât mai bogate, cu cât controlul intelectual este mai slab”.

De exemplu, „creaţiile” reproductive ale şcolarilor cu handicap mintal – de exemplu, desenul prin copiere sau desenul după model – sunt sărace, lacunare, sterotipe şi repetitive.

C.Păunescu şi I.Muşu consideră că „cele mai frecvente tulburări ale imaginaţiei la deficienţii mintal sunt minciuna şi confabulaţia”.

Cu toate dificultăţile şi neajunsurile activităţii psihice, la handicapaţii de intelect sunt unele elemente care se păstrează mai bine. Astfel, unele caracteristici ale ***<u>memoriei</u>*** de scurtă durată, ale stocării informaţiilor, pot deveni pârghii ale acţiunilor de corectare-compensare, întrucât aceste elemente sunt mai aproape de potenţialul activităţilor practice manuale şi de interesele pentru activităţi concret- intuitive. Cu toate acestea, memoria deficienţilor mintal este puţin fidelă, întipărirea necesită multe repetiţii, stocarea se realizează cu multe erori, iar păstrarea este de scurtă durată. Dintre etapele memoriei, recunoaşterea şi reproducerea se realizează cel mai defectuos, ambele etape sunt infidele şi lacunare, adăugând elemente care n-au nici o legătură cu materialul memorat. Datorită rigidităţii fixării şi reproducerii informaţiilor, transferul de cunoştinţe şi evocare activă este îngreunat. Problema deficienţelor

memoriei este uneori contradictorie. Unii susţin că deficienţa mintală nu exclude posibilitatea unei memorii dezvoltate, chiar a unei hipermnezii. Această poziţie este reală cu menţiune că hipermnezia se manifestă la un domeniu extrem de redus de fapte; dar memoria, în general, este deficitară sub multe aspecte, atunci când comparăm deficientul mintal cu copilul cu dezvoltare psihică normală. Dacă la normali eficienţa memoriei voluntare este mai mare decât a celei involuntare, la deficienţii mintal o astfel de diferenţiere apare în mică măsură. De altfel, este greu de precizat care dintre cele două forme ale memoriei este mai des utilizată în viaţa cotidiană, părerile sunt împărţite, unii considerând că oamenii folosesc în viaţa de fiecare zi, mai multe informaţii păstrate prin memoria involuntară. Deficienţii mintal, la reproducerea unui material memorat, adaugă elemente străine, provenite din amintiri care nu se aseamănă cu ceea ce redau, având caracter împrăştiat şi chiar absurd uneori. În privinţa organizării materialului ce trebuie memorat, deficienţii mintal au o redusă capacitate în acest sens, precum şi o insuficientă conceptualizare a materialului, urmată de o actualizare limitată a cunoştinţelor vechi.

3.1.3.2.Subsistemul motivaţional afectiv în structura psihică a deficienţilor mintal

Omul care se bucură de viaţă, se înţelege cu oamenii şi are încredere în sine şi este capabil de efort, pe când cel bolnav (fizic sau psihic) rămâne sub imperiul oboselii continue.

Învăţământul special ajutător din ţara noastră urmăreşte pregătirea persoanelor ce prezintă deficienţe mintale pentru viaţă, pentru activitatea practică, reprezentând unul dintre instrumentele primordiale şi eficiente de reabilitare biologică, instructiv-educativă şi social profesională.

În societatea noastră pregătirea şi integrarea deficienţilor mintal într-o activitate productivă este o necesitate economică, o datorie socială şi o obligaţie morală. Motivaţia, parte integrantă a personalităţii umane, este o condiţie internă necesară activităţii omului, constituită dintr-o mulţime de motive (impulsuri, motive, dorinţe, interese, aptitudini) care alcătuiesc conţinutul laturii proiective a constiinţei umane şi care reprezintă o importanţă excepţională în înţelegerea persoanei, deoarece în ele se exprimă specificul motivaţional al conduitei omului. Studiul motivaţiei contribuie la înţelegerea proceselor complexe care fundamentează comportamentul, întrucât orice comportament este motivat. Motivaţia este un parametru care contribuie la determinarea comportamentului, fiind o stare latentă interioară ce determină flexibilitatea acestuia, declanşat printr-un focar din mediul exterior sau interior.

Motivaţia oferă deci un cadru predispozant pentu stimul, acesta având un rol declanşator.Totodată ea are un rol activator; acelaşi stimul extern care acţionează asupra unui organism, în care există sau nu motivaţie, va declanşa sau nu va declanşa o anume reacţie; deci prezenţa motivaţiei activează comportamentul.

Nu se poate vorbi de motivaţie ca de un proces simplu, ci de un complex motivaţional, pentru că explicaţia unui comportament implică o serie de coordonate. Complexul motivaţional e un rezervor de energie specifică implantată în sistemul nostru psihologic, fără să fie dinainte dirijată, energie pe care o folosim într-o infinitate de forme.

Nimic nu e mai legat de activitatea şi experienţa noastră ca motivaţia, care este grefată pe afectivitate.

În ceea ce priveşte energia motivaţională, menţionăm că deficientul mintal trebuie dirijat nu spre o motivaţie ipotetică, pentru că nu o are, ci trebuie să-i facem un comportament motivaţional învăţat. Energia îl pune în mişcare când viaţa lui e fată-n faţă cu un scop vag. La

început, scopul vag determină o mişcare, aceasta fiind tot vagă până se apelează la energia psihonervoasă şi numai după aceea apare o tensiune, un dezechilibru interior, care dă naştere unui impuls către activitate.

La deficienţii mintal acest impuls trebuie dirijat spre a deveni un comportament de decizie. Reprezentarea mintală a scopului la deficienţii mintal este foarte importantă . R.L.Cronwell arăta că starea ludică primară îl impiedică pe deficientul mintal să-şi reprezinte scopul unei acţiuni, adică o face pentru că trebuie să o facă, execută dezordonat, nu poate să-şi organizeze singur o acţiune după legile organizării acţiunii, tocmai pentru că nu-şi reprezintă scopul. Părerea pe care un om o are despre sine în legătură cu posibiliăţile sale, influenţează în mare măsură nivelul de aspiraţie, ţelurile pe care şi le fixează şi pe care crede că le poate atinge Caracterul motivaţional al nivelului de aspiraţie este implicat în anticiparea scopului, iar în funcţie de scopul pe care şi l-a fixat un individ poate să trăiască un insucces sau succes.

Scopul este o formă proiectivă a acţiunii spre care tinde individul. Performanţele devin rezultatul conjugat al motivaţiei şi posibilităţilor. Cunoscând nivelul performanţei sale reale, un individ poate să-şi modifice nivelul său de aspiraţie.

K.Lewin a determinat cantitativ două coordonate ale nivelului de aspiraţie:

a) scopul diferenţei de scop sau diferenţa într-o performanţă şi nivelul de aspiraţie următor;

b) rigiditatea nivelului de aspiraţie prin variabilitatea sa.

Deficienţii mintal, trăind în acelaşi sistem de solicitare, li se imprimă un nivel de aspiraţie standard. Acest nivel standard, ce reprezintă condiţiile esenţiale a integrării, este în contradicţie cu posibilităţile lor reale de realizare a scopului, a aspiraţiei.

Din studiile referitoare la nivelul de aspiraţie s-a ajuns la concluzia că deficienţii mintal, în general, sunt mai puţin realişti decât cei normali. Efectul succesului sau a insuccesului depinde nu numai de nivelul intelectual ci şi de unele particularităţi ale personalităţii. Deci nivelul de aspiraţie este efectul combinării mai multor aspecte ale intelectului şi ale personalităţii. Opiniile privitoare la particularităţile nivelului de aspiraţie ale copiilor deficienţi mintal sunt diferite.

Unii autori formulează concluzii din care se desprinde faptul ca deficienţii mintal îşi fac autoaprecieri anticipate inferioare performanţelor obţinute în mod practic, iar alţi autori, că deficienţii mintal ar avea un nivel de aspiraţe mai ridicat decât capacitatea reală de a executa o activitate.

Cea mai discutată părere rămâne însă cea a lui R.K.Eyman, după care deficienţii mintal se dovedesc mai puţin realişti în privinţa ţelurilor pe care şi le fixează şi pe care cred că le pot atinge, decât cei normali.

Aspiraţia este implicată peste tot unde este vorba de viitorul profesional al omului, de desfăşurarea ascendentă a biografiei sale competiţionale, morale şi sociale.

La deficientul mintal, reprezentarea mintală a acţiunii nu se realizează, întrucât nu are forma motivaţională care să-i clarifice scopul. Deficientul mintal nu poate face în comportamentul său o ierarhie a valorilor. În câmpul motivaţional al deficientului mintal este o stare conflictuală permanentă. El are o motivaţie existenţială asemănătoare cu a normalului, dar datorită deficienţei sale, care-l impiedică să surprindă relaţii, să-şi însuşească anumite norme, ajunge la incompetenţa socială. La deficienţii mintal se ceează, în complexul motivaţional, un focar conflictual care perturbă întreaga reţea de transformare a energiei informaţionale în act, pe baza motivaţiei. În cadrul proceselor ce au loc în blocul operaţional,

deficientul mintal are nevoie de o învăţare specială, care, în realitate, nu este posibilă. La deficientul mintal cele mai multe scopuri rămân difuze sau confuze pentru că ele sunt prezentate verbal de către profesor.

Primul pas al învăţării motivaţionale este mecanismul de clarificare mintală şi de reprezentare a scopului. Cu posibilităţile reduse ale deficientului mintal, numai printr-un antrenament permanent se pot dezvolta mecanismele necesare atingerii acestui deziderat fundamental. Antrenamentul nu trebuie să ducă la mărirea efortului, ci la diferenţierea acestuia în funcţie de valoarea scopului şi tipul de activitate implicată.

O formă superioară a motivaţiei în activitatea omului o constituie motivaţia intrinsecă, foarte rar întâlnită la elevii deficienţi mintal; aceasta constă în acele motive care nu depind de o recompensă din afara activităţii de învăţare. Elevul învaţă pentru că învăţarea îi dă satisfacţie, iar scopul activităţii sale este intrinsec învăţării şi nu în afara ei. O astfel de învăţare este mult mai eficientă, pentru că, deşi îl solicită pe elev, prin satisfacţiile intrinseci oferite, întârzie oboseala, ceea ce permite elevului să obţină un randament sporit.

Motivaţia are un rol deosebit de important şi în activitatea omului, în succesele acţiunilor sale, reprezentâd funcţia de mobilizare a fenomenelor fizice implicate în procesul de pregătire pentru muncă.

E.Ziegler a relevat importanţa factorilor motivaţionali în modificarea performanţelor, arătând că, în general, deficienţii mintal lucrează mai bine după succes şi mai rau după eşec, atunci când îi comparăm cu normalii.

Descriind etapele dezvoltării personalităţii deficientului mintal, R.L.Cronwell arată că, în perioada hedonismului comportamentul, copilul este în realitate o recompensă imediată, iar

mai târziu el începe să răspundă unor scopuri conceptualizate, iar sistemul motivaţional succes-eşec intervine din ce în ce mai mult.

În cazul unui experiment efectuat de E.Harlok, formele de întărire sunt: controlul, lauda, dojana, ignorarea. Cel mai puternic efect l-a avut lauda, apoi dojana, ignorarea, iar cel mai slab rezultat s-a obţinut printr-un control fără calificativ, adică fără exprimarea unei aprecieri.

Deci, sancţionarea, chiar dacă este negativă, are efecte mai mari sensibilizatoare pentru învăţare decit o formă neutră de informare. Chiar şi o informaţie cu valoare emoţională pozitivă produce o activizare foarte intensă, ceea ce măreşte capacitatea de recepţie şi prelucrare a informaţiei.

Din contră, o cantitate de informaţii cu valoare negativ-emoţională produce o inhibare a sistemului activator şi o diminuare a capacităţii de recepţie, de prelucrare. Orice stimulare care constituie o sursă de informaţie pentru procesul învăţării, prin efectele de rupere a echilibrului interior al sistemului, duce la o reacţie emoţională. Reacţia emoţională se produce în mod curent într-un sistem, iar eficienta integrativă se traduce în mecanismele motivaţiei printr-o stare afectivă, o trăire pozitivă sau negativă. Deci succesele reprezintă sursa cea mai puternică de stimulare a învăţării.

În ceea ce priveşte atracţia spre profesiune a deficienţilor mintal, s-a constatat că mulţi dintre ei preferă o oarecare profesiune pentru că le asigură un câştig mare.

Cercetările efectuate pe linia problemelor de motivaţie conchid că în munca cu deficienţii mintal, lauda, încurajarea, au un efect de ameliorare a stării de sănătate şi îmbunătăţesc situaţia acestora în sfera afectivităţii.

Procesul de adaptare şi recuperare a unora dintre handicapaţii de intelect este facilitat de existenţa unor particularităţi pozitive ale *afectivităţii*, deşi din unele studii se degajă ideea persistenţei unor dereglări, cum ar fi: stările depresive (16,4%), ostilitate faţă de adulţi (13,8%), absenţa răspunsului la solicitări (l3,8%), anxietate în legătură cu afecţiunea adulţilor (10,8%), indiferenţă faţă de aprobarea adulţilor (10,8%), comportament pueril (9,5%), tensiune emotivă (8,2%), urmate de alte tulburări (anxietate în legătură cu acceptarea de către alţi copii, ostilitate faţă de copii, variate simptome de nervozitate, imaturitate afectivă, manifestări emotive exagerate, puternice, capacitate redusă de a stabili un contact afectiv, etc.). În conturarea tabloului specific deficienţei mintale se remarcă structurile emoţional-afective, care sunt uşor de surprins: emotivitate crescută, infantilism afectiv, sentimente de inferioritate şi anxietate accentuate, caracterul exploziv şi haotic, controlul limitat al stărilor afective. Aceste particularităţi ale afectivităţii generează imaturitatea personalităţii cu predominarea formelor de dizarmonie ce determină manifestări comportamentale instabile: frică nejustificată, antipatie sau simpatie nemotivate, nervozitate, iritabilitate sau inhibiţie, pasivitate, crize de furie sau reacţii agresive fără control, labilitate exagerată la trecerea de la o stare la alta (râs şi plâns, veselie şi tristeţe) etc. Trăiesc intens conflicte şi stări frustrante în neconcordanţă cu factorii determinanţi ai acestor stări. Reacţiile, manifestările la aceşti factori, sunt nefireşti, uneori chiar absurde. De asemenea, posibilităţile de ameliorare a acestor trăiri sunt reduse, deoarece nu sunt receptivi, nu vor să accepte îndrumările, sfaturile adulţilor, ba uneori devin chiar ostili la aceste încercări de echilibrare a trăirilor afective. Aceste caracteristici îşi pun amprenta asupra desfăşurării activităţii, dar, prin folosirea unei metodologii corectiv-recuperative adecvate, se pot depista stimulente motivaţionale gradate în

funcţie de deteriorarea intelectului, care să faciliteze desfăşurarea unor activităţi instructiv-educative.

3.1.3.3.Subsistemul acţional- volitiv şi instrumental în structura psihică a deficienţilor mintal

Dificultăţi majore întâmpină handicapaţii de intelect, în desfăşurarea oricărei forme de activitate, din cauza deficienţelor în diferitele faze ale activităţii voluntare. Astfel, scopurile pe care şi le fixează sunt în general apropiate, generate de trebuinţe sau atracţii momentane. Ei se abat uşor de la scopurile ce şi le-au fixat, dacă întâmpină dificultăţi. De obicei fac aprecieri anticipate inferioare performanţelor obţinute în mod practic, sunt mai puţin încrezători în privinţa posibilităţii executării cu succes a unei activităţi noi, datorită experienţei frecventelor insuccese. Succesele şi insuccesele pot influenţa desfăşurarea activităţii de către deficienţii mintal în sensuri diferite, adică pe unii insuccesul îi demobilizează, iar alţii îşi îmbunătăţesc performanţele. În general, asigurarea succesului în activitate are un rol benefic, stimulator şi optimizator. De asemenea, succesul îmbinat cu buna dispoziţie, veselia, facilitează şi îmbunătăţirea stării de sănătate, pe lângă asigurarea succesului într-o secvenţă de muncă imediată. Deficienţii mintal au nevoie de întăriri cât mai apropiate de momentul executării actului: laudă, încurajări, fixarea de noi scopuri pe măsură ce anumite obstacole au fost învinse, urmate de recompense. Predominarea intereselor şi scopurilor apropiate, a trebuinţelor momentane, capacitatea redusă de concentrare a atenţiei şi neputinţa de a prevedea momentele mai importante ale acţiunilor îl fac pe deficientul mintal, să aibă

frecvente insuccese, fapt ce determină instalarea negativismului şi a descurajării, al lipsei aspiraţiilor şi a efortului volitiv în faţa sarcinii.

Prezentăm în continuare câteva din problemele pe care le ridicã procesul de învãþare, de joc, precum ºi muncă manualã a deficienþilor mintali.

Interpretarea clasicã a învãþãrii ca modificare în comportament pe baza achiziþiei trecute, ca proces de achiziþie din exterior sau ca adaptare, s-a dovedit prea îngustã pentru învãþarea umanã care, în orizontul teoretic al psihologiei ºi pedagogiei contemporane, începe sã se contureze ca activitate psihicã fundamentalã, prin care omul realizeazã nu numai adaptarea la mediu, dar ºi dezvoltarea personalitãþii. Învãþarea trebuie să-i asigure omului nu numai supravieþuirea prin adaptarea la mediu, ci ºi posibilitatea sã achiziþioneze, ca factor constructiv ºi dinamizator al întregului sistem psihic uman.

Învãþarea, indiferent de ce tip ar fi, reprezintã o stare specificã – starea de învãþare – determinată de condiþiile externe de educare ºi de condiþiile interne ale subiectului care învaþã.

Învãþarea poate fi definitã ca o activitate prin care se obþin achiziþii, cunoºtinþe, operaþii intelectuale ºi însuºiri de personalitate, achiziþii ce apar la nivelul individului ca „bunuri personale”, predominant pe bazã de exerciþii. În aceastã viziune, învãþarea este dependentã de percepþie, gândire ºi memorie, se bazează pe aceleaºi operaþii ºi mecanisme ºi presupune aceeaºi structurã ºi desfãºurare ca ºi gândirea.

La deficienþii mintal voinþa este mai slab dezvoltatã, necesitând o încordare mai mare. Efortul voluntar exprimã caracteristica cea mai importantã a voinþei prin care se deosebeºte de toate celelalte procese psihice. Acesta constã într-o mobilizare a resurselor fizice, intelectuale, emoþionale, prin intermediul mecanismelor verbale. Din punct de vedere

neurofuncþional, efortul voluntar reprezintã o organizare a activitãþii nervoase în jurul unui centru dominant care exprimã, în plan psihic, scopul acþiunii. Efortul voluntar este trãit de o persoanã ca o stare de tensiune, de încordare internã, de mobilizare a tuturor resurselor în vederea depãºirii obstcolului.

Intensitatea efortului voluntar ºi specificitatea mecanismelor puse în acþiune reflectã obstacolul care apare în calea realizãrii scopurilor. Voinþa se formeazã prin executarea, în cursul vieþii, a nenumãratelor acþiuni voluntare, cerute de împrejurãri dar ºi prin exerciþii speciale. Treptat se dobândesc anumite calitãþi de voinþã care caracterizeazã capacitatea de efort voluntar a unei persoane. Cele mai importante sunt: puterea voinþei, independenþa, perseverenþa, promptitudinea luãrii hotãrârii.

La copiii cu deficienþã mintalã toate aspectele menþionate sunt afectate iar eficienþa lor în activitatea de învãþare este puternic diminuatã, comparativ cu cea pe care o întâlnim la copiii fãrã deficienþã.

Momentul important pentru antrenarea deficientului mintal constã în mobilizarea energiei sale ºi în asigurarea cooperãrii. E util ca educatorul sã gãseascã motivele de bazã ce pot provoca activitatea. La deficienþii mintal trebuie sã gãsim stimulente mai puternice decât nota, pentru cã elevii s-au obiºnuit cu notele slabe iar acestea nu mai au efect asupra lor. Deficienþii mintal, de orice grad, au nevoie de întãriri cât mai apropiate de momentul executãrii acþiunii. Sunt eficiente întârzierile frecvente chiar dacã sunt minime.

Dezvoltarea voinþei este o sarcinã importantã în educarea deficienþilor mintali. Având în vedere dificultatea în urmãrirea scopurilor complexe ºi îndepãrtate, educatorul va eºalona activitatea copiilor prin descrierea scopurilor, începând de la cele mai simple ºi apropiate. Foarte important este sã i se formeze copilului obiºnuinþa de a finaliza activitatea începutã.

Trebuie sã i se reducã impulsivitatea, insuficienta lui deliberare, înainte de a începe acþiunea. Pentru aceasta copilul va fi deprins ca înainte de a trece la acþiune sã stabileascã modul cum înþelege, sã execute sarcina, cum îºi organizeazã activitatea. Dezvoltarea voinþei se face prin organizarea formelor extreme de conduitã. Educarea voinþei trebuie sã cuprindã toate formele ei, adicã sã dezvolte capacitatea de frânare a acþiunilor impulsive; trebuie sã se formeze voinþa de a delibera ºi planifica acþiunea, de a fixa scopuri realiste, capacitatea de a analiza critic producerea activitãþii încheiate. Este recomandabil sã se analizeze energia copiilor în activitãþi utile, în loc sã se obþinã o disciplinã bazatã pe frânare. E importantã ºi problema copiilor pasivi, sã se verifice dacã este o lene sau o lipsã de energie determinatã de debilitatea fizicã sau tulburãrile endocrine. Educatorul va compensa acþiunea copilului în situaþii variate de joc, lecþii, excursii, pentru a diagnostica corect copilul pasiv, apoi va alege metodele cele mai potrivite pentru educarea lui.

Oamenii se deosebesc între ei dupã posibilitãþile lor de acþiune. ªtim cu toþi cã aceleaºi actiuni (practice, intelectuale, artistice, sportive) sunt executate de diverºi indivizi la diverse niveluri calitative, cu o eficienþã mai mare sau mai micã. La deficienþii mintal aceste acţiuni sunt foarte reduse.

Aptitudinea se demonstreazã întotdeauna prin reuºita în activitãþi. Aptitudinile sunt subsisteme sau sisteme operaþionale, superior dezvoltate, care mijlocesc rezultatele supramedii în activitate. Aptitudinea aratã ce poate individul, nu ceea ce ºtie el. La deficienþii mintal aptitudinile se bazeazã pe principiul egalizãrii ºanselor, adicã sã aibã ºanse egale în conformitate cu ºansele handicapului sãu, adicã sã aibã abilitatea de a se integra în lumea sa. Inteligenþa, ca şi aptitudine generalã, la deficienþii mintal este redusã. Mãsura inteligenþei este echivalentã cu rata acomodãrilor ce permit o bunã înþelegere ºi rezolvare a problemelor.

Dacã asimilarea este superficialã, ca şi în cazul deficienþilor mintal, iar acomodarea nu se produce decât anevoios ºi insuficient, atunci echilibrarea inteligentã este insuficientã.

Una dintre cele mai importante forme de manifestare a copilului este jocul. Jocul ca modalitate de relaþie între Eu (subiect) ºi lumea obiectelor ºi a relaþiilor constitue forma primarã a acþiunii umane. Jocul râmâne pentru deficienþii mintal forma permanentã a procesului de recuperare, pentru că aceastã modalitate constituie o structurã unitarã între stimulii întãrire-rãspuns-modificare.

Dienes, care a descoperit valenþele intime ale jocului ca formã de învãþare, a detaºat trei categorii de forme :

- forma de joc-învãþare, explorator-manipulativ;
- forma de organizare a învãþãrii-joc-terapie; pânã la un anumit punct constituie ceea ce Dienes numeºte jocul reprezentativ;
- forma de joc-învãþare, care cuprinde un sistem de reguli.

Jocul-învãþare devine un instrument principal, preponderent, ºi un compensator în strategia didacticã.

În aceastã viziune, orice situaþie de joc trebuie convertitã într-o situaþie de învãþare a unor modele cognitive, comportamentale sau de altã naturã. Noua viziune a jocului-învãþare are repercusiuni asupra întregii metodologii de învãþare, specificã, cu implicaþii directe în dispunerea piramidalã a principalelor modele de învãþare destinate deficienþilor mintal. Dacã jocul, în general, are atât o forþã predictivã, cât ºi una propulsoare, pe planul dezvoltãrii deficientului mintal, aserþiunea de joc-învãþare trebuie completatã ºi cu cea de joc-terapie. Jocul este învãþare ºi terapie recuperatorie.

Obiectul imediat este educaþional dar cel final mediat este terapeutic. Jocul este o formã de psihoterapie care se realizeazã prin metode ºi procedee educaþionale, valorificând valenþele terapeutice oferite de conþinutul programelor ºcolare, elaborate pentru aceastã categorie de handicapaþi, în scopul recuperãrii deficientului mintal în limitele sale.

Psihomotricitatea este consideratã în literatura specialã ca o funcþie complexã, o aptitudine care integreazã atât aspecte ale activitãþii motorii cât ºi manifestãri ale funcþiilor perceptive. Structura motorie umanã este în interconexiune cu toate structurile psihicului, inclusiv cu cea intelectualã.

Dexteritatea manualã implicã: viteza, precizia ºi regularitatea miºcãrilor.

Deficienţii mintal cu defecte profunde sub aspectul dexteritãþi manuale întâmpinã mari greutãþi în desfăşurarea oricărei forme de activitate. Ei sunt inapþi pentru o muncã de precizie. La aceştia întâlnim relateralitatea manualã stângã sau ambidextria. Abilitatea manualã este mult mai redusã, în activităţile manuale ei neputându-ºi coordona miºcãrile ca un copil normal. Procesul de învãþare în munca manualã este de lungã duratã.

3.1.4. Structura şi caracteristicile personalităţii deficientului mintal

3.1.4.1.Conceptul de personalitate

Personalitatea este un concept fundamental în ştiinţele social-umane, în psihologie având note specifice, controversat, mereu reluat, definit şi reevaluat.

„Personalitatea este totalitatea psihologică ce caracterizează şi individualizează un om particular. Ea este omul viu, concret, pasional, raţional, deci omul aşa cum este el, resimţit în

afara noastră sau în propria noastră fiinţă. Nu este omul interpretat ca „fiinţă generică” ci omul aşa cum există şi cum se manifestă în viaţa curentă, cotidiană.

H.S.Sullivan concepe personalitatea ca rezultat al relaţiilor interpersonale; pentru autor, personalitatea nu se poate manifesta decât în acţiune şi în relaţii cu ceilalţi. Din perspectivă socială, personalitatea vizează activitatea, acţiunea în raport cu ceilalţi, implicit comportamentele diferenţiate în funcţie de complexul situaţional real, de moment, de experienţa fiecărui individ.

Psihologia consideră personalitatea ca o structură dinamică, deschisă, activă, în care motivaţia joacă un rol important. Aspiraţiile şi idealurile, întemeiate pe proiect, dau deschidere personalităţii umane spre viitor. Aşa explicăm de ce aspectele dinamice şi de cristalizare a aspiraţiilor, deşi însoţesc viaţa individului, se evidenţiază mai ales la vârstele tinere. Acestea sunt pregătite de întreaga dezvoltare a persoanei, astfel încât, prin raportarea la trecutul şi prezentul acesteia, îi pregătesc viitorul.

Personalitatea este întotdeauna unică şi originală. Ea se formează într-un anumit context social, printr-un amplu sistem dinamic de aprecieri şi autoaprecieri. În general, fiecare om îşi formează o idee despre locul pe care îl ocupă în structurile sociale şi de muncă în care se integrează, urmărind să facă o bună impresie prin realizările sale. El câştigă sau pierde, pe măsură ce are un succes sau un insucces, din aprecierea de sine, prin compararea cu cei din jur, simte că a câştigat sau pierdut din poziţia sa în grup. Atitudinile faţă de succese şi insuccese indică gradul de organizare a personalităţii, nivelul de adaptare la mediul social.

„Trăsătura psihică” este conceptul ce evidenţiază însuşirile sau particularitaţile relativ stabile ale unei persoane sau ale unui proces psihic. În plan comportamental, o trăsătură este indicată de predispoziţia de a răspunde în acelaşi fel la o varietate de stimuli. De exemplu,

timiditatea este un mod relativ stabil de comportare marcat de stângăcie, hiperemotivitate, mobilizare energetică exagerată. La un nivel superior de generalizare se întâlnesc tipurile – ca structuri sau configuraţii specifice formate din mai multe trăsături (introvertit, extravertit, ciclotimic).

Totuşi, analize foarte fine ale unor comportamente variate, care aparent evidenţiază aceeaşi trăsătură, nu au condus la rezultate convingătoare. Concluzia generală a fost că, deşi unele din aceste comportamente sunt relativ constante, corelaţiile intercomportamentale sunt foarte neregulate, evoluând, în general, de la valori medii până la valori mici, nesemnificative.

Putem observa că aceeaşi trăsătură are în vedere comportamente care se manifestă în situaţii foarte diferite: de exemplu, a-ţi fi frică de eşec, de boală sau de cutremur, nu reflectă în mod necesar aceeaşi componentă a personalităţii.

3.1.4.2.Descrierea şi explicarea personalităţii de pe poziţii teoretice diferite

Din perspectiva principiilor metodologico-explicative, majoritatea teoriilor personalităţii pot fi circumscrise următoarelor orientări (Golu, M., 1993): biologistă, experimentalistă, psihometrică, socioculturală şi antropologică.

Orientarea biologistă circumscrie şi subordonează întreaga organizare psihocomportamentală a omului structurii lui morfofuncţionale, accentuează rolul motivelor biologice şi supraliciteazǎ experienţa timpurie – pre- şi postnatală – în devenirea ulterioară a personalităţii, construind explicaţiile în termenii unor trăsături considerate primare: dependenţa, agresivitatea, sexualitatea etc.

Orintarea experimentalistă a fost formulată de Stanford : «Studiul personalităţii este studiul modului în care oamenii diferă pe un registru foarte întins în ceea ce au învăţat : fiecare persoană este deci unică. Dar toţi au învăţat în concordanţă cu aceleaşi legi generale.» Din această perspectivă, diverse teorii au abordat îndeosebi procesele de învăţare, procesele percepţiei şi procesele cognitive superioare.

Orientarea psihometrică se centrează pe studiul trăsăturilor exprimabile sub forma unor liste de atribute ce caracterizează persoana în cadrul unei situaţii. Deşi multe teorii privesc trăsăturile ca variabile dispoziţionale, în general, nu se minimalizează rolul determinanţilor situaţionali ai comportamentului.

Orintarea socio-culturală şi antropologică se întemeiază pe ideea că personalitatea poate fi deplin înţeleasă numai considerând contextul social în care individul trăieşte şi se dezvoltă, şi numai comparând indivizii aparţinând unor populaţii şi culturi diferite. Potrivit teoriei rolurilor, indivizii doar în aparenţă posedă caracteristici fixe; în realitate, ei răspund doar cerinţelor şi expectaţiilor pe care le implică diferitele roluri sociale. Repertoriul de roluri ale unui individ ne furnizează o imagine fidelă a personalităţii lui.

Majoritatea teoriilor personalităţii explică mai bine istoria persoanei decât evoluţia sa viitoare, predicţia comportamentului uman rămânând, încă, o problemă.

3.1.4.3.Organizarea mintală - cheia personalităţii

Fiecare persoană, spune Allport, „încă din timpul copilăriei sale, caută să atingă un oarecare nivel de ordine în viaţa sa mintală, care corespunde dezvoltării motivelor sale."

Organizarea progresivă a factorilor determinanţi ai vieţii mintale constituie procesul fundamental al edificiului personalităţii. Allport susţine că tocmai atitudinea mintală constituie „cheia personalităţii".

Cunoaşterea este o formă specifică şi o dimensiune definitorie a activităţii umane. Din punct de vedere filogenetic, construcţia persoanei şi a personalităţii umane este un rezultat al activităţii de cunoaştere şi al acţiunii, în procesul de organizare, structurare şi integrare a personalităţii umane. Cunoaşterea constituie geneza şi finalitatea oricărui act.

Omul există, şi a existat totdeauna într-un „spaţiu multidimensional", sau altfel spus „într-un univers informaţional", el însuşi devenind un om informaţional.

Orice proces de cunoaştere tinde către stabilirea unui echilibru dinamic al sistemului personalităţii, el fiind prezent la nivelul celor trei funcţii de reglare ale acestuia.

Echilibrul şi dezvoltarea personalităţii umane este garantat de patru mari operaţii :

- cantitatea organizată de informaţie pe care sistemul o primeşte;
- nivelul şi complexitatea procesului de esenţializare ;
- gradul de adecvare al răspunsurilor şi al organizării acestora faţă de cantitatea şi organizarea intrărilor;
- gradul de adecvare al organizării răspunsurilor în funcţie de necesitatea integrării şi progresului;

Universul psihic, dezvoltarea personalităţii, se realizează prin introducerea unui grad foarte ridicat de organizare, de forţă antientropică, antialeatoare. Există desigur o permanentă dispută între tendinţa entropicizantă a universului informaţional şi cea antientropicizantă a nevoii de realizare a personalităţii umane.

În faţa universului informaţional, individului i se ofera o pozitie de „descoperit”, adică fără o modalitate specializată, instituţionalizată de dirijare, de adaptare a informaţiei la dimensiunile şi necesităţile cunoaşterii; este vorba de „baia” de informaţii în care copilul există de la naştere şi cu care ia contact nemediat. Trebuie să recunoaştem că cea mai mare cantitate de informaţie o recepţionează omul în acest fel, pe toată durata vieţii sale. În general, individul îşi organizează sistemul său de recepţie şi prelucrare, îşi defineşte atitudinea motivaţională. De aceea, primele experienţe infantile ale cunoaşterii au o covârşitoare importanţă pentru ritmul şi stilul de dezvoltare a personalităţii.

Se observă că deficientul mintal cunoaşte o dificultate specifică a impactului informaţional asupra persoanei sale. În primul rând el nu are o experinţă completă autonomă şi nemediată a cunoaşterii. Nu este vorba de cantitatea de cunoştinţe, ci de organizarea acestora în cunoaşterea sa, care este modificată. Deficientul mintal are deci o experienţă cognitivă altfel fixată şi ca ritm şi ca structură. Ea nu poate fi asemănată cu a copilului normal decât pentru a se surprinde marile diferenţe. Deşi trăieşte în aceeaşi „baie informaţională”, efectele de organizare sunt modificate. Experienţa cognitivă infantilă, la deficientul mintal, ni se pare totuşi determinantă atât pentru organizarea sistemului personalităţii cât şi pentru organizarea propriului său sistem de cunoaştere.

Majoritatea copiilor cu deficienţe mintale ajung la o formă de şcolarizare abia după vârsta de 7-8 ani, atunci când « îngheţarea » începe să-şi facă efectul şi modalitatea de

cunoaştere rămâne ancorată într-o lume antropicizantă şi aleatoare. Dereglările activităţii nervoase superioare impun o formă specifică a activităţii de cunoaştere, care la rândul ei determină o organizare specifică a structurilor cognitive. De aceea una dintre caracteristicile de bază ale acestui proces este slaba forţă antientropică, ceea ce reprezintă o consecinţă a tulburării procesului de integrare şi organizare. Deficientul mintal nu este dotat cu funcţia de homeostazie intelectuală, el nu poate stabili un echilibru dinamic al cunoaşterii. Allport sublinia că atitudinea mintală este determinantă pentru formarea personalităţii. Componenta dominantă a unei atitudini este starea de conştiinţă, motivaţia. Experienţa de cunoaştere a deficientului mintal comportă totdeauna o întărire negativă (Skinner), ceea ce duce la o organizare atitudinală de refuz, evaziune sau apărare faţă de resursele de informaţie şi de actul de cunoaştere.

<u>3.1.4.4.Caracterul</u>

Caracterul vizează îndeosebi suprastructura socio-morală a personalităţii, calitatea de fiinţă socială a omului. De câte ori vorbim despre caracter, mai mult ca sigur implicăm un standard moral şi emitem o judecată de valoare.

Etimologic, termenul „caracter”, provine din greaca veche, înseamnând tipar, pecete, şi, cu referire la om, sistem de trăsături, stil de viaţă. Acest termen ne trimite la structura profundă a personalităţii, ce se exprimă prin comportamente care, în virtutea frecvenţei lor într-o gamă întreagă de situaţii, sunt uşor de prevăzut.

Pentru a cunoaşte caracterul cuiva trebuie să ne întrebăm în legătură cu motivele, cu valorile ce fundamentează comportamentele manifeste. „Caracterul” este acea structură care

exprimă ierarhia motivelor esenţiale ale unei persoane, cât şi posibilitatea de a traduce în fapt hotărârile luate în conformitate cu ele – spune Cosmovici – subliniind două dimensiuni fundamentale ale caracterului: una axiologică, orientativ-valorică, alta executiv-voluntară.

„Caracterul” este un subsistem relaţional-valoric şi de autoreglaj al personalităţii şi se exprimă, în principal, printr-un ansamblu de atitudini-valori. Pentru definirea caracterului avem în vedere nu manifestările atitudinale circumstanţiale, variabile, ci atitudinile stabile şi generalizate, definitorii pentru persoana în cauză, şi care se întemeiază pe convingeri puternice.

Atitudinea exprimă o modalitate de raportare faţă de anumite aspecte ale realităţii şi implică:

a) reacţii afective ;

b) reacţii comportamentale ;

c) reacţii cognitive.

Nu totdeauna între cele trei tipuri de reacţii există un acord deplin, uneori ceea ce simţim nu este în acord cu ceea ce gândim despre ceva, şi nu întotdeauna acţionăm conform sentimentelor noastre. Însă, când toate aceste manifestări sunt congruente, atitudinile devin stabile şi relativ greu de schimbat.

a) Implicaţii afective în determinarea atitudinilor

Afectivitatea este constituită din ansamblul de emoţii, sentimente, pasiuni ale individului, manifestate în diverse situaţii sociale şi care sunt trăite subiectiv ca satisfacţii-insatisfacţii, plăcere-neplăcere, tensiune-relaxare. Afectivitatea, conform lui M.Golu, C.Bălăcean şi E.Nicolau, se plasează pe o axă de confort-discomfort, concretizată în opt stări

afective pozitive şi negative: anticipaţia, furia, bucuria, acceptarea, surpriza, teama, durerea şi dezgustul.

Integrarea în societate impune o dezvoltare normală nu numai intelectuală ci şi afectivă şi din această cauză afectivitatea ocupă un loc important în dezvoltarea personalităţii deficientului mintal.

Arieraţia afectivă include anomaliile la care imaturitatea afectivă se exprimă printr-un egocentrism exagerat, prin pasivitate, incapacitate de altruism, fiind o formă de imaturitate emoţională caracterizată prin decalajul dintre procesele cognitive şi cele afective.

Dezordinile de organizare a personalităţii deficientului mintal determină forme diferite de comportament afectiv, în raport cu normalul, structurile afective fiind modificate, fapt ce crează dificultăţi în stabilirea categoriilor de manifestări afective.

La nivelul debilităţii mintale, afectivitatea se caracterizează prin mare labilitate, irascibilitate, explozii afective, lipsă de control cortical. În stările conflictuale reacţionează diferit, fie prin opoziţie exprimată, prin descărcări afective violente, fie prin dezinteres sau demisie, fie prin inhibiţie, negativism, încăpăţânare. Deficitul de autonomie este marcant, fiind evidentă nevoia de dependenţă, protecţie. De asemenea, situaţia de blocaj afectiv este prezentă ca urmare a unei frustrări afective de ordin familiar sau şcolar, care conduce la diminuarea, incapacitatea sau pierderea dinamismului de a reacţiona la stimulii care, în mod normal, trebuie să declanşeze acţiunea.

b) Implicaţii comportamentale în determinarea atitudinilor la deficientul mintal

Privită ca fenomen de dezvoltare, fiecare secvenţă a existenţei omului nu poate fi înţeleasă decât comparativ cu secvenţele anterioare şi implicit cu cele ce urmează.

Fenomenul cel mai important în ordinea dezvoltării este cel al elaborării de resurse noi, de acte comportamentale învăţate, modelate pe modele exterioare. Comportamentul – sistem unitar de răspunsuri prin care individul se interrelaţionează cu mediul ambiant şi prin care îşi satisface trebuinţele – constituie o modalitate prin care se acordă şi se echilibrează dinamic cerinţele individului cu cele ale mediului. Comportamentul capătă forme particulare şi nivele variabile de organizare în funcţie de conţinutul concret şi specific al acestuia. Primele modalităţi prin care copilul se echilibrează dinamic şi variabil cu mediul sunt răspunsurile psihice comportamentale, fiind necesară o motivaţie endogenă sau exogenă care declanşează, pregăteşte şi energetizează răspunsul, planul intern de elaborare, selectare şi reglare a mijloacelor şi a scopului propus. Răspunsul psihic este un act constituit din verigi interne (de comandă) şi externe (executive). La originea lor, acţiunile comportamentale se constituie ca acte obiectuale, cu desfăşurare externă. Privite în evoluţie, ele se transformă în acţiuni prin care se intervine asupra mediului. Odată atins acest nivel, actele psihice comportamentale se structurează şi se organizează în forme specifice, concrete, de activitate.

La deficientul mintal, atingerea unui comportament nu este o problemă simplă. Comportamentele condiţionate de educatori pot fi stinse prin suspendarea întăririi (răsplatei), proces care poate uneori oferi surprize. Automatismele deficientului prezintă de asemenea o mare forţă de inerţie. Problema dificilă rămâne, însă, cu comportamentele dobândite în afara condiţionării operante.

Spre deosebire de copilul normal, unde comportamentul psihomotor serveşte învăţarea şi educaţia printr-o ritmică dezvoltare faţă de dezvoltarea psihică intelectuală, la deficientul mintal există mari discrepanţe, disritmii, în cadrul dezvoltării acestui comportament. De aceea

organizarea şi perfecţionarea lui constituie un obiectiv specific al instruirii deficientului mintal.

• **<u>Conduitele senzorio-motorii.</u>** Pe diverse niveluri de dezvoltare ale deficientului mintal, aceste conduite sunt grav tulburate şi, înainte de orice altă activitate cu caracter cognitiv sau integrativ, este nevoie de formarea conduitelor primare. Componenţa acestor conduite este următoarea :

- relaţia spaţială elementară (proximitatea, disocierea, succesiunea, anturajul);
- coordonarea vizo-prehensivă prin manipulare;
- descentralizarea spaţio-senzorio-motrice.

• **<u>Organizarea schemei corporale şi priza de conştiinţă cu Eul biologic.</u>** Percepţia corectă a obiectelor în raport cu corpul depinde de percepţia corectă şi cunoaşterea corpului. De fapt conştientizarea corpului are o importanţă crucială pentru dezvoltarea tuturor funcţiilor psihologice.

• **<u>Formarea comportamentului psiho-motor.</u>** Aceasta se referă la reproducerea corelată a mişcărilor generale, reproducerea planurilor de acţiune şi la controlul sistemului de corelare a mişcărilor.

c) <u>Implicaţiile cogniţiei în determinarea atitudinilor la deficientul mintal</u> Palierul cognitiv al personalităţii este format din:

- <u>cogniţia primară</u>, care cuprinde senzaţiile şi percepţiile , având ca produs reprezentările-veriga de legătură cu:

- cogniţia superioară, care cuprinde gândirea şi imaginaţia.

1. Cogniţia primară

Senzaţia este un proces psihic de semnalizare, reflectare, prin intermediul unui singur analizator, a proprietăţilor simple şi separate ale obiectelor şi fenomenelor, în forma unor imagini primare, directe, elementare.

La copiii cu deficienţă mintală, ca urmare a afectării difuze a cortexului, deci a segmentului central al analizatorilor, sensibilitatea lor rămâne scăzută, pe fondul unor praguri senzoriale ridicate. De asemenea, se constată frecvent o creştere a timpului de latenţă sau, dimpotrivă, o precipitare în reacţiile lor la stimuli senzoriali.

Afectarea sensibilităţii reprezintă una din trăsăturile care pot fi constatate de timpuriu la deficienţii mintal şi care va exercita o influenţă negativă asupra activităţii senzorial-perceptive şi a formării în continuare a capacităţilor cognitive ale acestor deficienţi.

Percepţia este un proces cognitiv primar, de reflectare a obiectelor şi fenomenelor în totalitatea însuşirilor lor, în momentul când acestea acţionează asupra analizatorilor.

În literatura de specialitate, sunt amplu descrise, pe baza unor date experimentale şi de observaţie, numeroase particularităţi ale percepţiei la copiii cu deficienţă mintală. Se subliniază, mai ales, caracterul fragmentar, incomplet, limitat, cu alte cuvinte, sărăcia imaginilor mintale ale copiilor cu această deficienţă. Caracteristicile respective sunt consecinţă a unei activităţi perceptive lente, rigide, dezorganizate, precum şi a sensibilităţii scăzute, a dificultăţilor de analiză şi de sinteză.

2. Cogniţia superioară

Gândirea se defineşte ca un proces cognitiv de însemnătate centrală în reflectarea realului, care prin intermediul abstractizării şi generalizarii, coordonate în acţiuni mentale,

extrage şi prelucrează informaţii despre relaţiile categoriale şi determinative în forma conceptelor, judecăţiilor şi raţionamentelor.

În cazul persoanelor cu deficienţă mintală, gândirea suferă o serie de afecţiuni şi interacţionând cu celelalte funcţii şi procese psihice, focalizează insuficienţele întregii activităţi cognitive, determinând scăderea, uneori drastică, a eficienţei intelectuale sub nivelul minim al adaptabilităţii.

Aceşti copii se caracterizează printr-un scăzut spirit de observaţie, prin slaba manifestare a interesului cognitiv, deci printr-o insuficientă curiozitate, ceea ce influenţează negativ procesul antrenării lor în activitatea cognitivă.

Imaginaţia este considerată ca şi un proces psihic solidar şi analog cu gândirea, proces de operare cu imagini mintale, de combinare sau construcţie imagistică, prin care acţionăm asupra realului, posibilului, viitorului şi tindem spre producerea noului, în forma unor reconstituiri intuitive, a unor tablouri mintale, planuri iconice sau proiecte.

Ca şi gândirea, imaginaţia este puternic afectată la copiii cu deficienţă mintală, datorită sărăciei şi caracterului lacunar al bagajului de reprezentări, datorită caracterului rudimentar al funcţiei semiologice şi fenomenelor de nedezvoltare a limbajului, datorită capacităţii mnezice limitate, îndeosebi în ceea ce priveşte actualizarea şi prelucrarea propriilor cunoştinţe, şi mai ales, datorită inerţiei gândirii şi rigidităţii reacţiilor adaptive.

Ca urmare a insuficienţelor imaginaţiei aflate în strânsă legătură cu insuficienţele gândirii, în speţă cu simptomul central oligofrenic, adică cu afectarea puternică a capacităţii de abstractizare şi generalizare, la handicapaţii mintal sunt aproape inexistente fantezia, creativitatea, iniţiativa, empatia, previziunea

3.1.4.5. Personalitatea deficienţilor mintal-un sistem decompensat

Personalitatea umană, concepută ca un sistem, este supusă unor funcţii de reglare, interne şi externe, de tipul funcţiilor de echilibrare, funcţii de dezvoltare şi funcţii de optimizare. Personalitatea deficientului mintal am definit-o ca un sistem decompensat la care se perturbă fundamental toate funcţiile amintite. Intenţia de a modela o personalitate devine superfluă şi inoperantă în clipa în care procesul de modelare se va exercita pe un teren instabil cu mare tendinţă entropicizantă şi cu un mare grad de dezorganizare. Modelarea înseamnă, în fond, o structurare şi restructurare permanentă a organizării conform unor indicatori oferiţi de un model stabilit. Aceşti indicatori nu mai pot deveni valorizanţi în cadrul personalităţii deficientului mintal datorită faptului că modelul personalităţii deficientului mintal este altul decât al copilului normal. Compensarea devine o strategie educaţională, prin care se realizează coechilibrarea sistemelor.

Forţa de structurare şi de echilibrare a factorilor organizaţionali ai structurii mintale, pe care se bazează personalitatea, în general prezintă unele puncte conflictuale, dar starea sistemului este echilibrată. Personalitatea decompensată (a deficientului mintal) este structurată pe o organizare mintală în care factorii de perturbare sunt dominanţi şi stabilizaţi, ei definind şi dinamica întregii personalităţi.

Personalitatea deficientului mintal se defineşte printr-un determinism conexionist, adică pe baza interconexiunii structurante dintre factorii de organizare mintală şi cei ai personalităţii Sinteza informaţională de la nivelul personalităţii, în special cel al relaţiilor de

integrare în mediul valoric şi afectogen, exercită o acţiune de corectare în structura organizaţională mintală.

Tulburarea psihogenă este o formă ambivalentă: are un punct de pornire în structurile mintale, dar reprezintă, în acelaşi timp, şi o reflectare în conştiinţă a tipului de raporturi şi de relaţii stabile de personalitate, în ansamblul său.

3.1.5. Specificul psihomotricităţii la deficienţii mintal

În Dicţionarul enciclopedic de psihiatrie, termenul de psihomotricitate „defineşte, generic, orice acţiune motorie, atitudine sau model comportamental" care se află sub influenţa proceselor psihice, arătând că „practic cele două laturi – psihică şi motorie – nu pot fi separate".

Urmărind motricitatea, care este definită ca „denumire globală a reacţiilor musculare prin care se efectuează mişcarea, reorganizarea activităţii musculare la modificările de poziţie, la deplasare şi la acte coordonate de intervenţie în ambianţă", observăm în activitatea practică, că de fapt, dificultăţile pe care le au unii copii nu se manifestă în mişcarea propriu-zisă, ci în calitatea acestei mişcări, determinată de felul cum sunt receptate şi interceptate informaţiile şi de calitatea actului de răspuns. Este vorba, deci, de un act complex, care conjugă forţele motrice cu cele psihice în realizarea acţiunii şi care este denumit psihomotricitate.

În literatura de specialitate întâlnim frecvent termeni care înlocuiesc termenul de „psihomotricitate" cu cel de „motricitate". Oricare însă dintre aceşti termeni s-ar folosi, apare

ideea relaţiei dintre dezvoltarea biologică, fizică şi motorie cu dezvoltarea intelectuală şi cea psihică, în general. Astfel, se întâlneşte părerea generală că actul motor, calitatea acestuia, este strâns legată de conştiinţă, că în producerea mişcării există o interdependentă între factorii biologici şi cei psihici, că structura motorie este în relaţie de interconexiune, interacţiune şi consubstanţialitate cu toate structurile psihicului uman, inclusiv cu cea a intelectului, că diferitele tulburări neurodinamice ale scoarţei influenţează negativ calitatea funcţiei de analiza corticală a stimulărilor senzoriale, implicit calitatea actului motor de răspuns şi că limitarea motorie influenţează negativ organizarea psihică, determinând scăderea informaţiei care, la rândul ei, are implicaţii negative asupra dezvoltării intelectuale în general.

După Lafon psihomotricitatea este rezultatul integrării, interacţiunii educaţiei şi maturizării sinergiei şi conjugării funcţiilor motrice şi psihice „nu numai în ceea ce priveşte mişcările şi funcţiile observabile, dar şi în ceea ce le determină şi le însoţeşte (voinţa, afectivitatea, trebuinţele şi impulsurile).

În cercetarea performanţelor psihomotorii ale deficienţilor mintal se porneşte de la compararea acestor performanţe cu acelea ale copilului normal, „dezvoltarea psihomotorie a copilului normal constituind etalonul de comparaţie pentru handicapat”. Realizându-se această comparaţie, se observă că la deficienţii mintal apare, frecvent, imaturitatea psihomotrică, insuficienta dezvoltare pe plan perceptiv-motric, diferenţa calitativă în funcţia analizei corticale a stimulilor senzoriali, etc., evidenţiindu-se diferenţe cantitative şi calitative pregnante.

În toate cercetările care se bazează pe măsurarea performanţelor în psihomotricitate s-a ajuns la concluzia că deficienţa psihomotrică este un fenomen specific, asociat deficienţei mintale, deşi ea nu se manifestă exclusiv în acest tip de deficienţă. Asocierea mai frecventă a

deficienţelor psihomotorii cu deficienţa mintală se datorează, mai ales, unor cauze comune care le generează, din acest motiv şi planul de organizare al psihomotricitaţii este diferit la deficienţii mintal, datorită:

- imaturităţii sau leziunilor structurilor morfo-functionale răspunzătoare de activitatea motorie generală şi specifică;
- leziunilor subcorticale, care nu permit o sinteză integratoare în comportamentul motor;
- autonomiei accentuate a structurilor somatice faţă de structurile psihice;
- lipsei unei organizări ascendent-descendentă în transmiterea şi prelucrarea informaţiilor;
- slabei forţe de dominanţă a intelectului.

Dezvoltarea şi organizarea motorie generală este deficitară la majoritatea deficienţilor mintal, deoarece o bună parte a acestora sunt hiperkinetici, iar aproximativ două treimi dintre deficienţii mintal sever şi profund manifestă mişcări stereotipe. Atât mişcarea excesivă, cât şi lentoarea în mişcări, balansarea trunchiului, fluturarea mâinilor în faţa ochilor, săriturile ritmice sau ticurile şi ritualurile frecvent întâlnite la deficienţii mintal, sau încetineala şi pasivitatea, le formează un tablou mai puţin echilibrat în mişcarea propriului corp.

Deficitul motor, asociat frecvent deficienţei mintale, are o influenţă negativă în organizarea psihică, creând dificultăţi în conduita eupraxică (de a executa mişcări coordonate), ceea ce determină o scădere a informaţiei, cu implicaţii negative asupra dezvoltării cognitive şi se constată că acest deficit este mai grav la deficienţii care prezintă leziuni organice. Însă şi la deficienţii mintal fără leziuni cerebrale importante, eficienţa praxică este frecvent

diminuată, datorită posibilităţilor cognitive reduse care afectează precizia, supleţea şi rapiditatea mişcărilor.

Chiar şi în absenţa tulburărilor motorii mai grave, se constată la deficienţii mintal o slabă dezvoltare a mişcărilor complexe, în special a mişcării mâinilor şi incapacitatea de a executa mişcări pe baza indicaţiilor verbale.

Din studierea corelaţiei dintre deficienţa mintală şi cea motorie se desprinde concluzia că deficienţele fizice şi cele psihomotorii sunt mai frecvente la deficienţii mintal, în comparaţie cu normalii, manifestate prin:

- dificultăţi în efectuarea şi coordonarea mişcărilor fundamentale (ale membrelor, segmentelor corpului sau coordonarea oculo şi auditiv-manuală);
- capacităţile fizice diminuate, în ceea ce priveşte calitatea mişcării (precizia, forţa, viteza, îndemânarea, rezistenta, automatizarea);
- dificultăţi în coordonarea activităţii motorii prin intermediul limbajului;
- dificultăţi în coordonarea mişcărilor voluntare;
- dificultăţi în manipularea obiectelor simple şi a aparaturii, în valorificarea mişcării însuşite în mişcări noi;
- dificultatea sau imposibilitatea comunicării de aptitudini, sentimente şi energii prin gesturi adecvate;
- ritmul şi controlul respiraţiei sunt deficitare.

Ca rezultat al frecventelor tulburări de motricitate, senzoriale şi perceptive, care însoţesc deficienţa mintală, se diminuează experienţa senzorio-perceptiv-motrică, iar organizarea conduitelor şi structurilor perceptiv-motrice devine deficitară.

Principalele structuri şi conduite perceptiv-motrice care includ *schema corporală, lateralitatea, percepţia culorii şi formei, a spaţiului şi timpului* sunt afectate aproape direct proporţional cu profunzimea deficienţei mintale, prezentând anumite particularităţi, astfel:

a) <u>Schema corporală</u>

Cunoaşterea propriului corp şi orientarea lui corectă, în raport cu mediul, reprezintă punctul de plecare al cunoaşterii lumii înconjurătoare şi de ordonare a acţiunilor fiecărui individ. Tulburările de schemă corporală creează probleme în relaţiile subiect-mediu, deficienţii mintal având frecvente dificultăţi de orientare, organizare şi structurare spaţio-temporală, cea ce influenţează negativ, în procesul de învăţare, actul lexic, actul grafic şi de calcul. Această influenţă negativă se accentuează datorită unor necoordonări şi atitudini incorecte în plan motor, afectând grav învăţarea scrisului.

Toate aceste dificultăţi de schemă corporală creează o stare de insecuritate pe plan relaţional, determinând tulburări afective.

b) <u>Lateralitatea</u>

Deşi tulburările de lateralitate nu sunt specifice numai deficienţei mintale, se observă, totuşi, o frecvenţă mai mare a lateralităţii manuale stângi şi a ambidextriei la deficienţii mintal. Tulburările lateralităţii sau dislateralitatea se manifestă prin stângăcie contrariată, ambidextrie şi lateralitate încrucişată.

Având în vedere că stângăcia este o dispoziţie neurologică normală, ea nu trebuie contrariată deoarece poate determina dezordini, mai ales bâlbâiala.

Terapia lateralităţii este complexă şi variată, având mare importantă în învăţarea scrisului şi chiar în învăţarea şi practicarea unor meserii.

<u>c) Percepţia culorii</u>

Deficienţii mintal întâmpină dificultăţi în cunoaşterea unor culori şi manifestă frecvente confuzii în aprecierea culorilor, iar exersarea în direcţia discriminării culorilor cere un timp îndelungat şi modalităţi variate de antrenament.

Achiziţiile în perceperea culorii sunt mult mai bune la copiii deficienţi mintal în comparaţie cu perceperea formei, greutăţii, a spaţiului şi a timpului, fapt pentru care se recomandă exploatarea acestui lucru în procesul de învăţământ, avându-se în vedere marcarea efectivă prin culoare, care ajuta la mobilizarea psihicului.

Dirijarea sistematică a percepţiei vizuale, în general, duce la un salt calitativ foarte mare în perceperea şi înţelegerea mediului, în localizarea propriului corp în raport cu mediul si, în final, la îmbunătăţirea conştiinţei de sine.

d) Percepţia formei

Alături de structura perceptiv-motrica de culoare, structura perceptiv-motrică de formă are un rol important de pregătire pentru structurile perceptiv-motrice complexe.

Procesul de formare al structurii de formă se realizează în timp, prin intervenţia simultană a mai multor analizatori, mai ales a celor vizual, motric şi kinestezic.

Deficientul mintal confundă sau nu recunoaşte o anumită formă dacă i se modifică poziţia uzuală în care este, de obicei, prezentat obiectul, constanţa percepţiei de formă şi mărime realizându-se într-un ritm lent şi cu dificultăţi, constituindu-se ca o structură specifică a acestuia.

Datorită implicaţiilor multiple pe care le are corecta structurare perceptiv-motrică de formă, atât în dezvoltarea inteligenţei generale, cât şi în activităţile de scris şi de citit, elaborarea comportamentului de identificare, discriminare şi, apoi, de operare cu forma este o activitate complexă şi laborioasă.

e) Percepţia spaţiului

Percepţia spaţiului este o structură perceptiv-motrică complexă, putând fi realizată numai ca urmare a sesizării poziţiilor, direcţiilor, distanţelor şi deplasărilor care, la rândul lor, se structurează mai ales pe baza schemei corporale proprii şi a partenerului, precum şi a diverselor poziţii ale obiectelor între ele.

Organizarea şi structurarea spaţiului este un proces complex, iar la deficientul mintal factorul organizării spaţiale se caracterizează printr-un coeficient intelectual. Orientarea în spaţiu a deficientului mintal este perturbată datorită îngustimii câmpului perceptiv şi a capacităţii reduse de a stabili, pe plan intuitiv, relaţia dintre obiecte, motiv pentru care în cadrul activităţilor de cunoaştere a mediului înconjurător şi geografic se dirijează observarea mediului şi spaţiului pentru compensarea acestor deficienţe.

Dificultăţi de percepere şi respectare a spaţiului se manifesta frecvent, la deficienţii mintal şi în activităţile de scris-citit. Dese sunt tulburările de structură spaţială la scris, prin punerea defectuoasă în pagină sau prin dimensiunile neregulate ale literelor, iar la citit, dificultăţi în urmărirea rândurilor.

f) Percepţia timpului

Formarea noţiunii de timp se realizează cu dificultate la deficientul mintal, tulburările structurii temporale manifestându-se prin incapacitatea lui de a găsi şi ordona succesiunea evenimentelor, incapacitatea de a percepe intervale de timp şi de regim regulat şi incapacitatea de a-şi organiza timpul.

Cu cât gravitatea deficienţei mintale este mai mare, cu atât perceperea timpului şi formarea noţiunilor de timp se realizează mai greu.

Tulburările motorii şi psihomotorii la deficienţii mintal, apar, de regulă, ca expresie a aceleiaşi etiologii organice care produce şi deficienţa mintală şi sunt mai pregnante cu cât deficienţa este mai accentuată.

În idioţie (deficienţa mintală profundă) deficienţii mintal profund au un Q.I. sub 20 şi vârsta mintală (V.M.) până la 3-4 ani şi reprezintă 5% din totalul deficienţilor mintal.

Au o dezvoltare psihomotorie deficitară, având numeroase deficienţe fizice şi motorii, cu frecvenţe malformaţii (paralizii, careoatetoze, mers târziu sau niciodată, tetraplegii spastice, hemiplegii, manifestări epileptice, hiperkinezii, tremurături, etc).

Prezintă o dezvoltare senzorio-motorie rudimentară şi se caracterizează printr-o activitate dezordonată, lipsită de precizie şi scop, cu o coordonare redusă şi cu o structură psihomotrică nediferenţiată, constând în balansări uniforme, contorsiuni, grimase, impulsuri motrice subite, agitaţie şi mişcări inadecvate, sau manifestă o indiferenţă totală.

Deficienţii din această categorie au frecvente crize convulsive, catatonice, manierisme, tendinţe agresive şi de autoflagerare.

Din toate aceste motive, prezintă lipsă aproape totală a schemei corporale, mersul se dezvoltă foarte târziu sau deloc, nu pot manipula obiecte, nu se pot autoservi, idioţii fiind total dependenţi de alte persoane valide.

Cazurile nu prea grave pot fi educate pentru a avea controlul sfincterian şi pentru a se alimenta fără prea mult ajutor.

În imbecilitate (deficienţa mintală severă) deficienţii mintal sever au un Q.I. intre 25-49, au vârsta mintală cuprinsă între 5-7 ani şi reprezintă aproximativ 18-20% din totalul deficienţilor mintal.

Aceştia prezintă dezvoltare motorie şi psihomotorie tulburate de prezenţa unor sindroame neurologice, ca: hemiplegia spastică, parapareze, paralizii, sinkinezii, paratonii, crize convulsive, ataxie, mişcări involuntare, tremur, tulburări de echilibru, etc.

Au o motricitate mai bună decât a idioţilor, dar insuficient dezvoltată şi diferenţiată, mai ales motricitatea voluntară le este imprecisă, parazitată de tremurături, impulsuri şi grimase. Prezintă mişcări stângace, lipsite de fineţe cu sinkinezii, mai ales la nivelul membrelor superioare. Le este imposibil să efectueze mişcări izolate şi manifestă tulburări de echilibru. Toate acestea le parazitează acţiunile şi deprinderile motorii.

Deficienţii din această categorie au frecvente malformaţii faciocraniene, viscerale, tulburări somatice, modificări osteoarticulare, etc.

Vorbirea le apare cu întârziere de până la 5-6 ani, fiind foarte defectuoasă, cu multe dislalii, disartrie, agramatisme. Vocabularul este limitat, utilizând un limbaj simplu, rudimentar, adresativ şi nu comunicativ. Au grave tulburări în însuşirea cititului şi scrisului, dar pot învăţa cu greu cititul şi scrisul.

Afecţiunile senzorialităţii le determină o insuficienţă cognitivă. Conduita lor este dominată de emotivitate, afectivitate labilă, manifestată prin accese de plâns, manie, negativism.

Deşi încep să meargă târziu (uneori pe la 3-4 ani), pot câştiga deprinderi motorii şi de autoservire, încât în mare majoritate ei devin capabili de munci simple, uşoare, sub supraveghere, rămânând, parţial dependenţi de persoanele valide.

Debilitatea mintală (insuficienţa mintală sau deficienţa mintală medie şi uşoară) constituie grupa cea mai numeroasă a deficienţilor mintal, reprezentând 70-80% din totalul acestora, având un Q.I. între 50-70 şi cu vârsta mintală cuprinse între 7/8-11/12 ani.

Pe aceştia îi caracterizează o dezvoltare psihomotorie întârziată, uneori aparent normală, lucru ce face ca depistarea deficienţelor să se poată realiza mai târziu, datorită faptului că diferenţele faţă de normal sunt de natură calitativă şi mai puţin cantitativ-măsurabilă.

Prezintă tulburări mai puţin grave decât ale imbecililor, constând în întârzierea maturizării motrice, insuficienta coordonare a mişcărilor voluntare, imprecizie gestuală, sinkinezii, paratonii, debilitate motorie, neîndemânare, mişcări inutile şi involuntare, instabilitate şi nedezvoltare psihomotorie evidentă după vârsta de 3 ani.

Uneori, datorită psihomotricităţii aparent normale, apar tulburări numai în situaţii complexe, manifestate în fineţea, viteza şi precizia mişcărilor, precum şi în capacitatea de relaxare voluntară, ceea ce determină o eficienţă praxică redusă. Tulburările sistemului senzorial, care influenţează negativ nivelul de cunoaştere şi cel al eficienţei praxice, constau în dificultăţi de schemă corporală, de percepţie a spaţiului şi de înţelegere a relaţiilor spaţiale, dificultăţi ale memoriei motrice, etc.

Manifestă întârzieri în apariţia limbajului şi au dificultăţi în însuşirea limbajului scris în care se întâlnesc frecvente disgrafii, disortografii şi chiar dislexii, care se menţin sau se accentuează pe măsură ce avansează în vârstă şi pe măsură ce ritmul dezvoltării cognitive scade. Uneori tulburări afective şi emoţionale afectează colaborarea cu aceştia, îngreunând procesul de recuperare.

Deficienţii mintal, în grad de debilitate, pot achiziţiona deprinderi motrice, de autoservire şi de muncă, ceea ce le dă şansa de independenţă faţă de alte persoane, însuşirea şi practicarea unor meserii şi o oarecare independenţă economică, dar datorită criticismului redus al gândirii au nevoie de o discretă îndrumare.

Cauzele care influenţează nefavorabil dezvoltarea psihomotorie a deficienţilor mintal sunt diverse, precum:

- leziuni cerebrale care afectează atât motricitatea cât şi inteligenţa (în cefalopatiile infantile);
- leziunile unor zone specifice emisferului dominant (în afazie), ale unor căi nervoase sau ale centrilor din sistemul nervos central care coordonează mişcările în ataxie);
- funcţionarea anormală a muşchilor striaţi, care perturbă influxul nervos pe căile motorii (în mişcările voluntare);
- traumatismele cranio-cerebrale (în instabilitatea psiho-motorie);
- diferite boli (afecţiuni somatice, paralizii, infirmităţi), epilepsia, hipertiroidismul (în care este specifică instabilitatea psihomotorie); encefalopatia infantilă (în hiperkinezie);
- tulburări ale nivelului de organizare a schemelor motorii, tulburări metabolice;
- deficienţe motorii (asociate deficienţei mintale, ca expresie a aceleiaşi etiologii), care influenţează nefavorabil organizarea psihică şi cognitivă, manifestate prin diminuarea preciziei, supleţei şi rapidităţii mişcărilor;
- tensiune psihică, stări emoţionale, oboseală, indispoziţii, şocuri şi traume psihice (în tulburări psihomotorii);
- tulburări afazo-apraxo-agnozice;
- lipsa stimulărilor senzoriale.

Diversitatea cauzelor duce la o diversitate de deficienţe psihomotorii.

Nedezvoltarea psihomotorie se întâlneşte de obicei la deficienţa mintală profundă, fiind vorba de o psihomotricitate foarte puţin dezvoltată, datorită mai ales gravelor deficienţe

motorii, care permit totuşi, o coordonare rudimentara a mişcării, lipsa de precizie, multe mişcări involuntare, necoordonate.

În debilitatea psiho-motorie este afectată precizia, supleţea şi rapiditatea mişcărilor în cazurile oligofreniilor „endogene”.

Întârzierea psihomotorie constă într-un „exces cantitativ de mobilitate printr-o irezistibilă nevoie de mişcare”. La deficienţii mintal, instabilitatea devine generalizată, fiind tipic psihomotorie, prin influenţa reciprocă a dezvoltării intelectuale cu cea motorie.

Agitaţia psihomotorie este o conduită precipitată, spasmodică, hiperactivă, dar ineficientă, împiedicând sau îngreunând finalizarea acţiunilor, care rezultă dintr-o slabă integrare şi insuficientă coordonare a funcţiilor psihomotorii.

Criza psihomotorie se caracterizează prin apariţia spontană a unor gesturi şi acţiuni însoţite sau nu de variate manifestări afective, având caracter mai mult sau mai puţin conştient.

În literatura de specialitate se găseşte afirmaţia (după Dewey) că acţiunea este o însuşire naturală a persoanei, că ea, prin experienţa filogenetică, s-a transformat în nevoie interioară şi că experienţa de cunoaştere a copiilor este în cea mai mare parte mişcare, acţiune.

Organizarea acţiunii este un element de mare complexitate din structura psihomotricităţii, implicând eficienţa în acţiune, o conduită adecvată ca răspuns la solicitări, buna coordonare în mânuirea diferitelor obiecte şi o bună înţelegere şi ordonare prin intermediul limbajului. Dar tocmai sub aspectul calităţilor necesare desfăşurării mişcărilor în acţiuni organizate, au dificultăţi deficienţii mintal, datorită slabei forţe de dominanţă a intelectului.

Având în vedere că activitatea şcolară implică mişcări şi acţiuni conştientizate, la comandă, aceşti copii dau randament sub posibilităţile reale.

În practica recuperatorie psihopedagogică cu deficienţii mintal, prin educaţia psihomotorie se educă, se exersează şi se formează deprinderi psihomotorii acelora care sunt deficitari sub acest aspect, în scopul facilitării lor corespunzătoare, în procesul de învăţare, de pregătire pentru o integrare socială şi profesională cât mai satisfăcătoare.

Recuperarea psihomotorie la deficienţii mintal este atât de necesară şi complexă, încât, deşi trebuie realizată şi ca activitate pregătitoare pentru unele obiecte de învăţământ, în terapia tulburărilor de limbaj şi a culturii fizice medicale, este necesar să devină o activitate specifică recuperatorie distinctă, cuprinsă în planurile de învăţământ şi normată corespunzător de către specialişti.

Particularităţile proceselor psihice prezentate corelează deplin cu tulburările *psihomotricităţii.* Astfel, timpul de reacţie este scăzut, viteza mişcărilor este diminuată, iar imprecizia acestora dublată de sinkinezii, care prelungesc timpul de formare a dexterităţilor manuale.

Activitatea psihică a deficienţilor mintal se desfăşoară cu mare greutate datorită particularităţilor specifice ale tuturor mecanismelor, începând cu cele de cunoaştere primară, stocare, prelucrare secundară, transformare a informaţiilor, până la cele de stimulare/energizare şi reglare/autoreglare. Cu cât deficienţa mintală este mai accentuată, cu atât dificultatea adaptării, recuperării, compensării, este mai anevoioasă sau chiar imposibilă. Dacă copiii cu intelect de limită pot trece neobservaţi în şcoli sau medii socio-profesionale cu standarde mai puţin pretenţioase şi fac faţă exigenţelor impuse, cei cu debilitate mintală uşoară/lejeră se adaptează relativ bine la formele învăţământului special şi îşi pot forma

deprinderi instrumentale elementare sau abilităţi pentru activităţi cu pretenţii cultural-intelective reduse; nu aceeaşi situaţie este în cazul copiilor cu deficienţă mintală severă şi profundă

3.1.5.1. Terapia psihomotricităţii şi actul educaţional

Psihomotricitatea este considerată în literatura de specialitate ca o funcţie complexă, o aptitudine care intregrează atât aspecte ale activităţii motorii cât şi manifestări ale funcţiilor perceptive.

Sructura motorie umană este în interconexiune cu toate structurile psihismului, inclusiv cu cea intelectuală. Conduitele psihomotorii ale fiecărui individ evoluează în funcţie de înzestrarea sa aptitudinală, de gradul de dezvoltare fizică şi intelectuală şi de influenţele educative cărora a fost supus pe tot parcursul copilăriei.

În ontogeneză, relaţia motricitate-psihism cunoaşte o evoluţie ce marchează anumite etape. Astfel, în perioada antepreşcolară, dezvoltarea, având un caracter global, şi actele motorii, reprezintă instrumente de adaptare a individului la lumea exterioară. Copilul foarte mic, exploatează mediul ambiant prin intermediul actelor motorii care reprezintă instrumente ce facilitează experienţa cognitivă a acestuia.

În perioada preşcolară se diferenţiază treptat activitatea intelectuală de cea motorie. Astfel, actul motor devine un răspuns adaptativ, complex, mişcarea intrând treptat sub dominaţia psihicului.

În perioada şcolarizarii relaţia motricitate-psihism se modifică în sensul detaşării nivelului intelectual de cel motric, care se automatizează.

Activitatea motorie a handicapatului intelectual se constituie în raport de nivelul de maturizare şi structurare a sistemului nervos şi de nivelul de dezvoltare fizică. Înrucât este ştiut faptul că acesta reprezintă o întârziere globală în dezvoltarea somato-psihică, dificultăţile în dezvpltarea activităţii motorii sunt în strânsă corelaţie cu dezvoltarea intelectuală. După Monique Ganacia, la handicapaţii de intelect, nivelurile de dezvoltare fizică şi a capacităţii motorii pot varia între 4 ani şi 15-16 ani.

Educarea psihomotricităţii deţine un loc important în terapeutica educaţională dacă ţinem seama de faptul că deficienţa mintală este asociată, în general, cu debilitatea motrică.În general, handicapatul de intelect este lipsit de echipamentul psihologic al primei copilării, ceea ce impune ca printr-o educaţie sistematică să se reia şi să se completeze achiziţiile privitoare la mecanismele motorii şi ale psiho-motricităţii care constituie baza pentru toate mecanismele mentale, pregătind formele de activitate intelectuală superioară.

<u>Structura psihomotricităţii</u>

Psihomotricitatea nu se reduce la activitatea motorie ci ea implică şi manifestări ale funcţiilor perceptive şi intelectuale:

a) <u>organizarea şi conducerea motorie generală:</u>

- capacitatea de execuţie a gesturilor fundamentale;
- gestul rectiliniu;
- gestul rotativ;
- gestul scripturo-plastic;
- gestul polimorf;
- gestul de oscilaţie;

- capacităţi fizice: forţa, apăsarea, viteza, amplitudinea, agilitatea, precizia statică şi dinamică, îndemanarea, coordonarea, capacitatea de manipulare, capacitatea de comunicare gestuală.

b) <u>organizarea conduitelor şi structurilor perceptiv-motrice include:</u>

- lateralitatea;
- schema corporală;
- structura perceptiv-motrică de culoare;
- structura perceptiv-motrică de formă;
- structura perceptiv-motrică spaţială;
- structura perceptiv-motrică temporală.

C. Păunescu arată că „educarea şi reeducarea psihomotricităţii" concură diferenţiat la ameliorarea personalităţii handicapatului de intelect. În cazurile de deficienţă profundă este posibilă obţinerea unui autocontrol mai eficient în educarea motricităţii.

Pentru deficienţii mintal cu debilitate medie, educaţia psiho-motrică, integrată în procesul educaţional general, constituie un mijloc de valorizare personală, ameliorând comportamentul şi activitatea de învăţare. În cazurile de debilitate mintală lejeră şi atipică, educarea şi reeducarea psihomotricităţii reprezintă condiţia esenţială pentru inserţia şcolară şi profesională.

<u>3.1.5.2. Categorii şi tipuri de tulburări ale psihomotricităţii.Obiective şi instrumente de evaluare</u>

Pentru abordarea pertinentă a acţiunii de terapie educaţională a psihomotricităţii este necesară cunoaşterea formelor de manifestare a tulburărilor de psihomotricitate, cât şi a cauzelor care le-au determinat. După C.Păunescu şi I.Muşu, tulburările de psihomotricitate s-ar putea grupa în următoarele categorii:

a) debilitatea motrică, descrisă ca o stare de insuficienţă şi imperfecţiune a funcţiilor motrice importante în adaptarea la actele obişnuite ale vieţii şi se manifestă în general prin: întîrzieri în apariţia mersului ,prehensiunea obiectelor, precaritatea echilibrului, enurezis prelungit. Sindromul este descris de către mai mulţi autori, printre care Ernest Dupré, care enumeră următoarele manifestări: exagerarea reflexelor tendenţioase, perturbarea reflexelor plantare, sinchinezie, nestăpânirea mişcărilor voluntare, tremurături, stări de agitaţie continuă.

După Robert Lafon, debilitatea motrică se caracterizează prin :

- întîrzierea mersului şi a limbajului ;
- persistenţa paratoniei (imposibilitatea intreruperilor voluntare a contracţiilor musculare) ;
- persistenţa sincineziilor (mişcări simetrice involuntare a părţii pasive care însoţesc mişcarea voluntară a părţii active).

Caracteristicile clinice au evidentiat trei tipuri de relaţii între nivelul dezvoltării psihice şi cel al dezvoltării motrice :

- o relaţie în care tulburările pshice determină pe cele motrice, sunt simultane şi fără cauză-efect;

- o relaţie în care tulburările pshice le determină pe cele motrice;

- o relaţie în care tulburările motrice sunt dominante, iar cele psihice sunt doar reflectarea acestora..

b) tulburări de agitaţie continuă

Lateralitatea exprimă inegalitatea funcţională a părţii drepte sau stângi a corpului ca o consecinăa a repartiţiei în emisferele cerebrale. Dominarea unei părţi a corpului asupra celeilalte determină lateralitatea (dreptaci sau stângaci).

Tulburările lateralităţii sunt determinate de contrarierea lateralităţii, de încercarea de a reeduca stângăcia sau de lateralizare forţată în cazul unei lateralităţi nedefinite.

Stângăcia se explică prin dominanta emisferei cerebrale drepte asupra celei stângi şi este o dispoziţie neurologică normală cu valoare egală cu dexteritatea (dreptăcia). Stângăcia nu trebuie considerată o infirmitate şi este contraindicat să fie contrariată.

Consecinţele contrarierii lateralităţii pot fi din cele mai grave.

Din punct de vedere *medical* determină: enurezis, onicofagie (roaderea unghiilor) strabism, cecitate, iar din punct de vedere *motric* poate determina: instabilitate motrică hiperexcitabilitate la nivel manual, inabilitate, ticuri, etc.şi din punct de vedere *intelectual* duc la lentoare generală, dislexie disortografie, bâlbâială, scris în oglindă. Din punct de veder *afectiv* determină: atitudine negativă faţă de şcoală, emotivitate, timiditate, sentiment d culpabilitate, opoziţie.

c) tulburări de orientare, organizare şi structurare spaţio-temporală

Orientarea, organizarea şi structurarea spaţio-temporală reprezintă elementele de bază ale cunoaşterii în prima perioadă şcolară, atât pentru copiii normali cât şi pentru handicapaţii de intelect.

Cunoaşterea schemei corporale proprii şi a partenerului, cunoaşterea poziţiei obiectelor în spaţiu, a direcţiei, a distanţelor precum şi a noţiunilor temporale: prezent, trecut, viitor etc., formează premisa pentru învăţare indiferent de domeniul de cunoaştere şi în acelaşi timp şi premisa pentru dezvoltarea mentală.

Tulburările de structurare spaţio-temporală se manifestă astfel:

- copilul ignoră termeni spaţiali şi temporali;
- percepe greşit poziţiile, duratele, succesiunile;
- percepe corect spaţiul şi timpul dar se orientează greşit;
- copilul se orientează corect dar nu are memoria spaţiului şi timpului;
- copilul nu este capabil de reversibilitate.

d) Instabilitatea psihomotorie se caracterizează printr-un dezechilibru al personalităţii datorat unor dificultăţi de inhibiţie şi determină mari perturbări în adaptarea şcolară şi socială.

În plan intelectual, copilul cu instabilitate psihomotorie are o gândire intuitivă concretă, confuză, face deducţii pripite, superficiale; nu realizează comparaţii, asociaţii, iar înţelegerea lui este globală, nediferenţiată. Atenţia este lipsită de capacitatea de concentrare.

În plan motric, instabilul se caracterizează prin agitaţie generală permanentă, turbulentă, nevoia permanentă, excesivă, de mişcare, de schimbare a spaţiului, mişcări parazitare, dificultăţi în reproducerea şi coordonarea mişcărilor.

În plan afectiv, instabilul psiho-motor se caracterizează prin excittabilitate si emotivitate exegerate, prin nevoia permanentă de poziţie activă (mânie, atitudine bătăioasă sau opoziţie pasivă, nesupunere, încăpăţânare, lene).

În plan social, instabilul se cractarizează prin nevoia de evaziune, părăsirea domiciliului părinţilor, a şcolii a locului de muncă; este mitoman, ceea ce îngreunează mult inserţia socială.

e) tulburările de realizare motrică cuprind trei tipuri de perturbări motorii şi anume: apraxia, dispraxia şi disgrafia motrică.

Apraxia reprezintă pierderea capacităţii de a executa gesturi, mişcări adaptate la un scop, fără ca aceasta să fie consecinţa unei paralizii.

Dispraxia se manifestă prin lipsa de îndrumare şi de control al mişcărilor, cu repercusiuni în actul grafic, lexic, de calcul.

Disgrafia motrică. Scrisul este strâns legat de evoluţia posibilităţilor motrice, el este posibil în condiţiile existenţei unui anumit nivel de organizare a motricităţii, a coordonării mişcărilor fine.

f) tulburările psihomotorii de natură afectivă se întâlnesc, în general, la indivizii cu hiperemottivitate sau în stare de furie exagerată. Ele se caracterizează prin gesturi necontrolate, frângerea degetelor, frecarea palmelor, atingerea repetată a unei părţi a corpului (urechea), mişcarea de pe un picior pe altul. În unele cazuri, mişcarea excesivă paralizează mişcările individului.

3.1.5.3.Educaţia terapeutică a psihomotricităţii

Programe de terapie psiho-motrică

A. *Program elaborat de A. de Meur şi L.Stoes*

Acest program este structurat pe 5 coordonate:

a) schema corporală;

b) lateralitatea;

c) structura spaţială;

d) structura temporală;

e) prescriere.

Obiectivele terapeutice sunt eşalonate în cadrul a patru categorii de vârstă şi anume: 2,6-4 ani; 4-5 ani; 5-6 ani; 6-8 ani;

- **obiectivele privind terapia schemei corporale:** trăirea corporalităţii cunoaşterea corpului, structura perceptiv-motrică, organizarea spaţio-corporală;

- **obiectivele pentru structurarea temporală:** ordinea şi succesiunea, durata intervalurilor, reluarea ciclică a perioadelor, ritmul.

B. *Programul Suzanne Naville*, cuprinde patru capitole:

a) motricitatea globală (coordonare dinamică, disocieri, motricitate fină, detentă musculară);

b) schema corporală (trăirea corporalităţii, perceperea corporalităţii, reprezentarea corporalităţii şi lateralităţii);

c) organizarea spaţio-temporală (concentrare şi memorie vizuală, noţiuni spaţiale, orientare şi structurare spaţială, structurare temporală, noţiuni motrico - ritmice);

d) educaţia prin mişcare (contact, schimb, adaptare, cooperare, mobilizarea eforturilor).

Acest ultim capitol pune în evidenţă rolul terapiei psiho-motricităţii în relaţionarea handicapatului cu cei din jurul său şi în primul rând cu personalitatea educatorului.

Suzanne Naville pune în evidenţă faptul că toate exerciţiile utilizate în terapia psihomotricităţii au în acelaşi timp caracter educativ.

C) *Programul psiho-cinetic Boulch.*

Acest program este structurat pe trei niveluri:

a) nivelul funcţiilor instrumentale ce cuprinde: percepţia corpului propriu şi percepţia lumii exterioare (percepţia temporală şi structurarea spaţială); adaptarea motrică (factorul praxis) ce se referă la adaptarea posturală (atitudinea) şi realizarea gesturilor coordonate.

b) nivelul structurii schemei corporale ce cuprinde a doua etapă a corpului perceput, a treia etapă a corpului reprezentat, precum şi achiziţia praxiilor fine.

c) nivelul emoţional şi afectiv ce se referă la condiţiile ce favorizează şi optimizează acţiunea.

D. *Programa de terapie educaţională complexă şi integrată* este un document oficial ce orientează activitatea educatorilor din şcolile speciale şi cuprinde 5 module,dintre care modulul IV este intitulat „*Activităţi de terapie psiho-motrică şi abilitate manuală*".

Acest modul cuprinde:

1. Obiective cu caracter general ce se referă la întreaga sferă a comportamentului psiho-motric.

2. Formarea abilităţilor motrice generale:

a) însuşirea şi exersarea gesturilor;

b) activitatea motrică de manipulare;

3. Organizarea conduitelor şi structurilor perceptiv-motrice:

a) schema corporală;

b) conduita şi structura perceptiv-motrică de culoare;
c) conduita şi structura perceptiv-motrică de formă;
d) orientarea, organizarea şi structurarea spaţială;
e) orientarea, organizarea şi structurarea temporală;
4) Activităţi polivalente în cadrul cercurilor.

Rene Zazzo consideră că educaţia psiho-motrică constituie o educaţie de bază în şcoala elementară întrucât ea condiţionează întregul proces de învăţare şcolară. Procesul de învăţare nu poate fi eficient „dacă copilul nu are conştiinţa corpului său, nu cunoaşte lateralitatea sa, nu se poate situa în spaţiu, nu este stăpân pe timp şi nu a câştigat o suficientă coordonare şi stabilitate a gesturilor şi mişcărilor sale”.

3.1.6. Diferenţe psihointelectuale, psihoafective şi motivaţionale între persoanele cu dezvoltare psihică normală şi cele cu debilitate mintală

Sfera cognitivă, intelectuală este cea care conferă diferenţele majore şi definitorii dintre adolescenţii cu dezvoltare psihică normală şi cei cu debilitate mintală. Aici se află substratul care generează cele mai accentuate particularităţi ale celor două categorii de adolescenţi. Astfel, asemănările dintre cele două categorii de adolescenţi sunt într-un număr relativ redus; în schimb, diferenţele sunt numeroase şi evidente, atât în conduita cât şi în rezultatele activităţii acestora.

În timp ce gândirea adolescenţilor cu dezvoltare psihică normală trece deja la stadiul operaţiilor formale, devenind discursivă şi dezvoltându-i-se laturile sale logică şi abstractă, prin îmbinarea concretului cu abstractul, la debilul mintal se află încă în stadiul operaţiilor

concrete, având un caracter concret, situativ, dispunând de raţionamente incomplete, bazate pe informaţii subiective, parţiale, fără semnificaţie. Gândirea adolescentului cu intelect normal operează cu simboluri, concepte, imagini, reprezentări, generalizări şi abstractizări, iar la debilul mintal se manifestă o incapacitate în realizarea conexiunilor, relaţiilor cauzale, logice, precum şi incapacitatea de a realiza similitudini, opoziţii, incluziuni, generalizări sau abstractizări, reversibilităţi sau ireversibilităţi. Operaţiile gândirii, în general, se situează la un nivel de dezvoltare minim sau, în cel mai bun caz, la un nivel mediu, în cazul debilului mintal.

Reprezentările ce stau la baza sistemului cognitiv, realizând totodată trecerea de la nivelul senzorial, sunt predominat reproductive, involuntare, individuale, la debilul mintal, comparativ cu adolescentul normal, la care acestea devin treptat voluntare, anticipative şi generale.

Aviditatea de informaţie este prezentă la ambele categorii de adolescenţi, dar la debilul mintal acesta nu poate fi relaţionată sau inclusă corect în structurile cognitive ale acestuia. Nici limbajul debilului mintal nu prea îl favorizează în asimilarea şi acomodarea informaţiilor noi, conţinând clişee verbale, fiind imitativ, limitat ca volum, lipsit de conciziune şi uneori lipsit de coerenţă şi relaţionare logică cu conţinutul activităţii. Aici putem aminti *autismul*, care se manifestă la unii debili şi prin discrepanţe între limbajul verbal şi cel nonverbal.

Limbajul adolescentului cu dezvoltare psihică normală devine din ce în ce mai elevat, conţinând concepte abstracte, şi crescând apreciabil în volum; la fel, sensurile şi simbolistica cuvintelor se diversifică şi se nuanţează: creşte, de asemenea şi debitul verbal, care nu mai se bazează pe structuri imitative, şabloniste, sau pe clişee verbale. Sistemul cognitiv al acestuia

se dezvoltă cu ajutorul noilor informaţii adaptate, atât cu ajutorul limbajului verbal cât şi a celui nonverbal.

Înţelegerea devine, în acest context, diferită, pentru adolescentul cu intelect normal, comparativ cu debilul mintal: în timp ce pentru primul aceasta are loc într-un mod spontan, rapid, reflex, pentru cel din urmă înţelegerea este predominant discursivă, realizându-se cu dificultate şi cu efort din partea adolescentului şi necesitând un timp mai îndelungat. Din acest motiv şi rezolvarea diferitelor sarcini sau a situaţiilor problematice, impun un consum energetic şi de timp crescute, precum şi o viteză redusă de acţiune, în cazul debilului mintal.

De remarcat este şi faptul că în timp ce gândirea debilului mintal se bazează încă pe algoritmi şi mai puţin pe modalităţi euristice, cea a adolescentului cu dezvoltare psihică normală devine mai independentă, mai euristică, mai relaţionată şi mai inteligibilă. Mai mult chiar, aceasta, uneori, neţinând cont de unele relaţii cauzale sau de unele constrângeri naturale, ajunge să ducă la anumite produse cognitive deosebit de originale, cu o valoare mai mult sau mai puţin obiectivă.

Învăţarea la adolescentul cu intelect normal este bazată pe argumentaţie, pe asocieri complexe. Astfel se dezvoltă atât învăţarea incidentală, cea organizată cât şi cea socială, a unor comportamente sau relaţii sociale. La debilul mintal, învăţarea necesită o organizare mult mai elaborată a acţiunilor instructiv-educative, o sistematizare a informaţiilor mai clară, mai explicită. La fel, în cazul elaborării unor noi comportamente sociale, se cere o mai evidentă exemplificare şi o explicare mai amănunţită a valorii, a semnificaţiilor şi a simbolisticii comportamentale, precum şi a atitudinilor relaţionate anumitor situaţii obiective. Astfel se poate obţine o adaptare a debilului la mediul şcolar sau profesional, însă cu anumite dificultăţi.

Lentoarea ideativă, vâscozitatea genetică şi rigiditatea mintală, specifice adolescenţilor cu debilitate mintală, îi fac pe aceştia să se adapteze destul de greu la noi condiţii de mediu, să fie destul de rigizi şi inerţi, să opună rezistenţă la schimbări de mediu uman cât şi în cazul unor activităţi. Perseverarea în anumite comportamente sau atitudini îi fac pe aceştia să întâmpine greutăţi în adaptare. Astfel, în cazul unor noi sisteme de informaţii, vechile structuri cognitive cu greu pot fi schimbate. Debilul mintal se racordează la condiţionările mai vechi, şi, datorită *inerţiei mintale*, reacţiile acestuia, în noi situaţii, sunt mai lente, tinzând să se bazeze pe şabloane atitudinale şi comportamentale. De aceea şi teama, nesiguranţa, neîncrederea şi ezitarea sunt mai accentuate la acesta, comparativ cu adolescentul cu intelect normal, care nu întâmpină dificultăţi deosebite în adaptarea atitudinilor sau a comportamentelor la noi medii sau informaţii. Astfel, şi efortul volitiv este mai intens în cazul debilului mintal, consumându-i energia psihointelectuală, şi aşa destul de scăzută. Transpunerea acestuia dintr-o situaţie în alta, chiar şi în plan imaginar, este destul de dificilă.

Dimpotrivă, adolescentului cu dezvoltare psihică normală chiar îi face plăcere să descopere noi medii, să se afle în noi situaţii, să aibă acces la schimbare, la noi experienţe. Prin noile activităţi sau cunoştinţe din diferite domenii, el îşi dezvoltă o gândire specializată, aceasta fiind îmbogăţită semnificativ de imaginaţia reproductivă şi mai ales creatoare, care se dezvoltă accentuat la această vârstă. De asemenea, se dezvoltă şi imaginaţia realist-ştiinţifică, realist-fantastică şi cea ştiinţifico-fantastică. Spre deosebire de acesta, adolescentul debil mintal, rămânând tributar unei gândiri concrete, rigide, bazată pe şabloane, dispune de o imaginaţie predominant reproductivă. În acest context, toate procedeele imaginative au de suferit, fiind situate la un nivel minim sau, în unele cazuri, inexistente (tipizarea, empatia).

Memoria adolescentului cu intelect normal este predominant logică, bazată pe criterii de semnificaţie. Memoria de lungă durată a acestuia este bine reprezentată şi se datorează învăţării logice, raţionale şi inteligibile. Totodată, structurile mnezice se dezvoltă şi datorită stimulării intenţionate în cadrul modificării naturii informaţiei şi implicit a schimbărilor de mediu. Spre deosebire de acesta, debilului mintal îi este accesibilă, în special, memoria mecanică, ce nu se bazează predominant pe o relaţionare logică a informaţiilor, sau pe vehicularea de concepte sau idei, în cadrul unui raţionament. Din acest motiv, nici memoria de lungă durată nu se poate spune că este bine reprezentată, având posibilitatea atingerii doar a unui nivel cel mult mediu. Există însă şi informaţii pe care debilul mintal le poate păstra un timp mai îndelungat, însă acestea au un caracter adaptativ sau reflex, cu o valoare dată de predominanţa laturii subiective a informaţiei respective. Uitarea este însă vizibil mai accentuată la adolescenţii debil mintal comparativ cu cei cu dezvoltare psihică normală, tocmai din cauza modalităţii de stocare şi prelucrare a informaţiei cu care vin în contact aceştia.

Având o imagine de ansamblu a cogniţiei celor două categorii de adolescenţi, se poate afirma că există, în majoritatea proceselor intelective, mari diferenţe de ordin calitativ şi cantitativ, la toate nivelurile de dezvoltare ale acestora. Acest fapt impune atât modalităţi diferite de investigare şi cunoaştere, cât şi diferite căi de stimulare a activităţii adolescenţilor, folosind metode adecvate nivelurilor intelectuale şi diferenţelor date de caracteristicile vârstei. În acest mod se poate obţine o creştere a randamentului educaţiei în acelaşi timp cu o adecvare a metodologiei folosite.

La vârsta adolescenţei, indiferent dacă adolescentul este debil mintal sau cu dezvoltare psihică normală, afectivitatea se dezvoltă într-un ritm foarte rapid, formându-se la nivelurile

cele mai ridicate şi pretenţioase ale sale. Sfera acesteia ia amploare, cristalizându-se cele mai importante structuri ale sale. Se poate constata şi o maturizare a manifestărilor atitudinale şi comportamentale afective ale adolescentului, prin raportarea acestuia la atitudinile şi comportamentele adulţilor, corespunzătoare diferitelor situaţii.

Dispoziţiile afective ale adolescentului cu dezvoltare psihică normală sunt încă destul de fluctuante şi contradictorii, date fiind profundele transformări ce au loc şi în cadrul relaţiilor pe care acesta le stabileşte cu mediul înconjurător, atât uman cât şi natural. Diversificarea şi creşterea numărului acestora îl determină pe adolescent, de multe ori, să aibă unele trăiri afective inexplicabile, fără un motiv sau cauză strict determinate.

Tot acum i se cristalizează şi emoţiile superioare, fiindu-i cultivat gustul pentru frumosul şi esteticul artistic, prin diferite activităţi corespunzătoare diverselor sfere artistice.

Adolescentul cu intelect normal are o viaţă afectivă intensă şi complexă, procesele afective superioare fiind din ce în ce mai bine reprezentate la acesta. Sentimentele încep să se intensifice şi să câştige în calitate şi stabilitate. De multe ori acestea determină stări conflictuale, contradictorii, puternice, care îl determină pe adolescent să acţioneze iraţional, ilogic şi cu nesăbuinţă; uneori chiar se ajunge la acte necugetate, cum ar fi încercările de sinucidere, cele profund revendicative, izolarea, respingerea faţă de orice şi oricine. Apar şi unele complexe, la această vârstă, dezvoltându-se pe parcursul vieţii unora dintre adolescenţi, cum ar fi complexul de abandon, complexul castrării (al afirmării de sine în domeniul sexual), complexul lui Cain (de rivalitate fraternă), şi uneori chiar complexele de inferioritate şi vinovăţie.

Pasiunile sunt deosebit de intense, dat fiind caracterul de noutate al unor activităţi sau influenţele puternice ale unor persoane în viaţa adolescentului. Gradul ridicat al atracţiei

adolescentului faţă de o persoană de sex opus sau faţă de o activitate, îl determină să acorde mare parte din timpul său relaţiei cu una dintre acestea, fiind tensionat în permanenţă. Afectele, de obicei, însoţesc manifestările atitudinale şi comportamentale, conferind un aspect extrem de dinamic şi expresiv tabloului afectiv. Urmările pot fi foarte grave, dată fiind deformarea realităţii din cauza hiperexcitabilităţii la nivel psihoafectiv. Este recomandabil ca adultul să discute cu acesta semnificaţiile actelor sale, în anumite perioade tensionante, reflectându-i urmările şi importanţa deciziilor pe care adolescentul este tentat să le ia sub influenţa stărilor conflictuale de moment.

Şi în cazul adolescentului debil mintal apar unele tulburări de natură afectivă, acestea având însă un caracter patologic, în majoritatea cazurilor. Astfel, tulburările afectivităţii debilului mintal pot fi în sfera *afectelor, tulburări de dispoziţie, tulburări ale emoţiilor elaborate, tulburări ale sentimentelor şi tulburări ale pasiunilor.* Aceste deformări ale afectivităţii debilului mintal pot lua mai multe forme: *tulburări afective comune, instabilitatea afectivă, nevrozele* şi *psihozele.* Datorită acestor deficienţe de ordin relaţional, acesta se poate adapta cu dificultate în diferite situaţii, la diferite activităţi sau persoane. S-a constatat că şi deficienţele afective sunt cu atât mai accentuate cu cât şi gradul de debilitate este mai accentuat. Imaturitatea afectivă este cea mai vizibilă, odată cu manifestările dezinhibate de veselie excesivă, crizele de plâns sau supărările neaşteptate, fără un motiv serios.

Emoţiile debilului mintal au un caracter situaţional, fiind, în multe cazuri, însoţite de afecte. La alţii pot avea un caracter inert, pasiv; în general manifestările emoţional-expresive sunt mai reduse ca şi complexitate decât la adolescentul cu dezvoltare psihică normală. De multe ori cauze neînsemnate pot provoca debilului mintal trăiri intense, necorespunzătoare semnificaţiei stimulului. Totodată, manifestările afective la acesta sunt mult mai sărace

comparativ cu cele ale adolescentului cu intelect normal, având şi o gamă mai limitată. Dominantele caracteristice ale afectivităţii la adolescentul debil mintal pot fi sintetizate în următoarele: imaturitate şi infantilism afectiv, control emoţional redus, intensitate accentuată a proceselor afective primare, instabilitate sau rigiditate afectivă, carenţe relaţional-afective, uneori inversiune afectivă, instabilitate afectivă (hiperexcitabilitate şi inhibiţie accentuată), conduită emoţional-expresivă redusă ca intensitate şi diversitate.

Acestea fiind cele mai semnificative particularităţi ale tabloului afectiv al adolescentului debil mintal, se pot observa cu uşurinţă diferenţele majore faţă de afectivitatea adolescentului cu intelect normal, acestea fiind atât de natură calitativă cât şi de natură cantitativă.

O altă sferă cu profunde diferenţe o reprezintă motivaţia pentru învăţătură şi pentru cunoaştere, în general. Aceasta reprezintă o condiţie psihologică pentru realizarea obiectivelor, defineşte personalitatea elevilor, fiind trăsătura cea mai implicată în toate laturile acesteia. Pentru cunoaşterea suportului motivaţional este necesară descoperirea structurii complexe, dinamice, în care participă factori interni şi externi, precum şi atitudinea subiectului faţă de sarcini, scopuri, cum ar fi atenţia, receptivitatea, ambiţia, seriozitatea, sârguinţa, conştiinciozitatea, perseverenţa, participarea, etc. Rezultatele acţiunii nu influenţează direct scopul, ci prin intermediul nivelului de aspiraţie. Performanţa realizată duce la fixarea scopului următor, în funcţie de nivelul de aspiraţie al fiecărui adolescent. Acest nivel de aspiraţie se modifică, la rândul său, în funcţie de rezultatele obţinute. Astfel, după succese nivelul de aspiraţie creşte, iar după insuccese scade. S-a constatat, de asemenea, că atunci când subiecţii au posibilitatea să-şi cunoască rezultatele ei realizează performanţe mai bune.

La fel, o motivaţie puternică contribuie, de obicei, la realizări mai mari. Unii elevi, cu aptitudini destul de bune, obţin rezultate slabe tocmai datorită lipsei de motivaţie pozitivă pentru activitatea şcolară. Însă, şi motivaţia excesivă, în loc să contribuie la îmbunătăţirea rezultatelor, dimpotrivă, duce la performanţe mai slabe. Nivelul optim al motivaţiei, în afară de gradul de dificultate al sarcinii, depinde şi de unele particularităţi temperamentale, aptitudinale şi de caracter, ale subiectului. Persoanele echilibrate suportă tensiuni psihice mai mari, provocate de stări motivaţionale mai accentuate, sau de sarcini mai dificile, decât alte persoane care aparţin tipului de sistem nervos slab sau dezechilibrat.

Orice informaţie face apel la noţiunea de „etate mintală", unele cunoştinţe fiind asimilate mai uşor, iar pentru altele existând o limită a înţelegerii. Ţinând cont de acest aspect se pot face unele diferenţieri între sistemul motivaţional al adolescenţilor cu intelect normal şi cei cu debilitate mintală.

Părerea pe care o are un individ despre sine, în legătură cu posibilităţile sale, influenţează, în mare măsură, nivelul său de aspiraţie, ţelurile pe care şi le fixează şi pe care crede că şi le poate atinge. Deficienţilor mintal, trăind în acelaşi mediu de solicitare, li se imprimă un nivel de aspiraţie standard. Acest nivel standard, ce reprezintă condiţia esenţială a integrării, este în contradicţie cu posibilităţile reale de realizare a scopului, a aspiraţiei (Sima, I., 1998). Scopurile pe care şi le fixează debilii mintal nu sunt în legătură cu performanţele lor anterioare. Succesele sau eşecurile anterioare nu le influenţează aspiraţiile. O parte din debilii mintal îşi fixează scopurile sub nivelul posibilităţilor, iar o altă parte peste acest nivel; celor care le este teamă de eşec şi-l fixează sub posibilităţile proprii, iar ceilalţi, cu un nivel de aspiraţie ridicat, şi-l fixează peste posibilităţi, neţinând cont de rezultatele anterioare. O altă parte a adolescenţilor debili mintal nu sunt capabili să facă o raportare între rezultatele

obţinute şi scopul fixat, iar o altă categorie îşi fixează un scop, aproximativ realist, raportat la rezultate avute anterior.

Diferenţa dintre adolescenţii debilii mintal şi cei cu inteligenţă normală constă în faptul că primii trăiesc eşecul în sens negativ, demobilizându-i; pentru cei din urmă, primul eşec îi ambiţionează, dar la eşecul continuu entuziasmul scade. În fixarea scopurilor deficienţii mintal şunt mai puţin realişti decât cei normali. Ei pornesc încrezători, dar rezultatele sunt mai slabe. Orice mic succes, însă, îi stimulează, îmbunătăţindu-le rezultatele. Este de remarcat acest lucru, deoarece fiecare succes devine astfel o sursă de energie psihică şi fizică, ducând la noi succese.

Comparând debilul mintal cu normalul slab se observă că rezultatele nu prezintă diferenţe prea mari, uneori, cele ale debililor mintal, chiar depăşindu-le pe ale adolescenţilor cu inteligenţă normală. Aceasta se datorează faptului că elevii din şcolile speciale sunt încurajaţi, fapt ce le conferă încredere în forţele proprii.

Adolescentul debil mintal, cu un deficit intelectual mai redus, reuşeşte să îşi însuşească unele cunoştinţe predate în şcoală, însă cu toate acestea el nu reuşeşte să atingă performanţele adolescenţilor cu intelect normal. Ajutându-l pe elevul debil mintal în munca de învăţare, oferindu-i o motivaţie accesibilă înţelegerii sale, îi vom putea da o şansă în formarea şi integrarea socială şi profesională.

O altă diferenţă între adolescentul debil mintal şi cel normal constă în faptul că, oricât de slabi ar fi cei cu inteligenţă normală, aceştia îşi alcătuiesc în minte un plan care să-i ajute să-şi realizeze scopul propus. Ei sunt mai ambiţioşi şi depun eforturi mai mari pentru a atinge performanţa. Când sunt subapreciaţi, aceştia se ambiţionează, fiind stimulaţi, în special băieţii.

Comparativ cu debilii mintal, pe adolescenţii normali succesele sau insuccesele anterioare îi stimulează în activitate.

În funcţie de reuşita şcolară se constată o diferenţă între elevii cu inteligenţă normală, care se situează la un nivel superior, comparativ cu cei cu debilitate mintală, care sunt inferiori datorită rolului negativ al deprecierii activităţii din partea adulţilor. Pentru atingerea unui anumit nivel de performanţă sau de aspiraţie propus e necesar să se ţină cont şi de mediul în care trăieşte individul. Astfel, un mediu securizat, stabil, în care adolescentul găseşte modele comportamentale de calitate, îi va creşte probabilitatea reuşitei. Dimpotrivă, un mediu neechilibrat, frustrant, agitat, îl împiedică pe elev să-şi atingă scopul, diminuându-i nivelul de aspiraţie.

Urmărind performanţele adolescenţilor, în cadrul grupului, s-a constatat că acestea se ameliorează în cazul în care nivelul de aspiraţie este mai scăzut; nivelul de aspiraţie crescut a dus la îmbunătăţirea performanţelor în cazul stimulării individuale. Situaţiile de motivare constituie stimulente puternice în atingerea scopurilor, atât la debilii mintal cât şi la cei cu inteligenţă normală. Pentru debili, din cauza deficienţelor gândirii verbal-logice, reuşitele lor implică diverse aptitudini psihomotorii, senzoriale, fizice, precum şi factori nonintelectuali de personalitate, ca motivaţia, atitudinile, etc., care nu sunt aşa de deficitare, şi care pot compensa, într-o oarecare măsură, deficienţa intelectuală. „Integrarea deficientului mintal depinde nu numai de particularităţile sale psihice sau de nivelul pregătirii, ci şi de particularităţile colectivului în care intră, de atitudinea de înţelegere, ajutor şi cooperare pe care o au normalii faţă de el (Roşca, M., 1976). La debilii mintal, alături de deficienţa lor de bază, cea intelectuală, care îşi pune amprenta asupra tuturor proceselor psihice, inclusiv a personalităţii, sunt prezente şi alte defecte senzoriale asociate, de vorbire, etc.

Pentru adolescenţii situaţi la limita inferioară a debilităţii mintale comportamentul motivaţional este determinat mai mult instinctual, având caracter existenţialist; la cei cu debilitate uşoară şi medie, un loc important în atingerea nivelului de aspiraţie îl ocupă motivaţia oferită, cu toate componentele ei.

3.1.7.Principiile care stau la baza pregătirii socio-profesionale a deficienţilor mintal

Învăţământul special ajutător urmăreşte pregătirea pentru viaţă, pentru activitatea practică a persoanelor ce prezintă deficienţe mintale, reprezentând „unul dintre instrumentele primordiale şi eficiente de reabilitare biologică, instructiv- educativă şi social profesională”.

În societatea noastră, pregătirea şi integrarea deficienţilor mintal într-o activitate productivă este o necesitate economică, o datorie socială şi o obligaţie morală.

Pregătirea pentru muncă a deficienţilor mintal nu constă în asimilarea unor cunoştinţe, în însuşirea unor deprinderi. Ea trebuie însoţită de o acţiune educativă care să realizeze socializarea deficientului, integrarea sa în societate, dezvoltarea capacităţilor sale şi în formarea aptitudinilor necesare activităţii sale în societate.

Ştiind că activitatea organismului reprezintă o continuă echilibrare cu mediul, iar pentru ca stimulările cu mediul să determine reacţia adecvată, este nevoie ca ele să corespundă unor trebuinţe, dorinţe, convingeri ale individului. În acest sens este necesară cunoaşterea particularităţilor psihofizice ale individului deficient, spre a obţine, în procesul de învăţământ, reacţii cât mai bune între volumul şi calitatea cunoştinţelor cu opţiunea profesională, care se

va concretiza în final, prin trezirea unei motivaţii adecvate, în formarea deprinderilor de muncă.

De o deosebită importanţă în pregătirea pentru muncă a deficienţilor mintal este necesitatea formării corecte a diverselor deprinderi. Datorită rigidităţii crescute manifestate în activitate de către mulţi dintre deficienţii mintal, restructurarea, reînvăţarea diferitelor operaţii de muncă se realizează cu mult mai greu decât învăţarea. Este recunoscut faptul că procesul de formare a deprinderilor la deficienţii mintal este mai dificil de realizat datorită nivelului intelectual scăzut, a dezvoltării mai slabe a motricităţii, precum şi a unor deficienţe de natură medicală. În procesul muncii fizice, deficienţii mintal sunt mai puţin deficitari decât în activitatea şcolară.

Folosirea muncii fizice ca mijloc de corectare a unor defecte organice se desfăşoară, în special, pe linia dezvoltării funcţiei organelor de percepere şi a celei din sfera psiho-motrică. Muncind, copilul îşi exersează capacităţile senzoriale, intelectuale existente şi prin aceasta şi le dezvoltă. Munca fizică are un efect pozitiv şi asupra îmbunătăţirii stării somatice a copiilor deficienţi.

1. Formarea deprinderilor

Deprinderile sunt implicate în diverse şi complexe forme de activitate umană.

La deficienţii mintal, datorită particularităţilor proceselor neurofiziologice, aferentaţia inversă îşi desfăşoară activitatea deficitar. Activităţile educative şi de recuperare trebuie să înceapă cât mai timpuriu, încă de la vârsta preşcolară, când organismul şi mai ales sistemul nervos central se caracterizează, chiar şi în cazul deficienţilor mintal, printr-o plasticitate mai mare şi, deci, printr-o receptivitate mai bună la influenţele mediului înconjurător, inclusiv la influenţele educative.

Cunoscând particularităţile deficienţilor mintal precum şi faptul că aceştia se prezintă mai bine în condiţiile de muncă, decât în condiţiile şcolare, ca urmare a unei motivaţii mai puternice şi mai adecvate, şcolii îi revine sarcina de a organiza activitatea în raport cu problemele specifice ale copiilor deficienţi, pentru a le putea asigura nivelul de cunoştinţe, priceperi şi deprinderi care să permită integrarea în activitatea productivă, în viaţa socială.

Pentru ca deprinderea să se formeze este necesară îndeplinirea câtorva cerinţe în formularea condiţiilor de formare a deprinderilor de muncă şi anume:

- înainte de a începe procesul de formare a deprinderilor este important trezirea interesului pentru activitatea ce urmează a se executa. Un stimulent puternic, pentru unele deficienţe, este sublinierea faptului că prin însuşirea corectă a deprinderilor de muncă îşi pot asigura existenţa în viitor;

- important, mai ales pentru deficienţii mintal, este cunoaşterea acţiunii şi a mijloacelor de realizare. Cercetările din acest domeniu stabilesc că orice deprindere, chiar şi de ordin motor, se însuşeşte rapid şi temeinic dacă subiectul înţelege scopul acţiunii.

2. Motivaţia în formarea deprinderilor de muncă

Motivaţia este una din condiţiile esenţiale, dar şi cea mai complexă, care asigură dobândirea de noi cunoştinţe, uşurează formarea unor comportamente adoptate. Ea ne arată pentru ce se desfăşoară o oarecare activitate într-un anumit fel şi nu în altul, ce îl determină pe un individ „să vrea" să înveţe ceva: un interes pentru o disciplină sau o activitate, dezvoltat pe baza unei experienţe anterioare pozitive, dorinţa de autorealizare şi autodepăşire, dorinţa de a depăşi pe alţii, etc.

Motivaţia întregii activităţi umane o constituie totalitatea motivelor care, în calitatea lor de condiţii interne ale personalităţii, determină, orientează, organizează şi potenţează

intensitatea efortului de învăţare. Motiv al învăţării elevilor poate fi o dorinţă, un sentiment, un interes, o aspiraţie ca rezultat al reflectării în conştiinţa lor a lumii exterioare, a cerinţelor societăţii în care trăiesc, raportate la trebuinţele lor. Când scopurile sunt exterioare activităţii, ele pot fi propuse atât de elevi cât şi de profesori şi părinţi şi obţinerea lor constituie mijlocul de satisfacere a motivelor care susţin activitatea.

O formă superioară a motivaţiei, în activitatea omului, o constituie motivaţia intrinsecă, foarte rar întâlnită la elevii deficienţi mintal.

Rolul motivaţiei în activitatea omului este foarte complexă, rezultând în bună măsură, din enumerarea funcţiilor motivaţiilor:

- ca şi condiţii interne ale personalităţii elevilor, motivele orientează, susţin şi determină eforturile depuse de ei în învăţare, în vederea realizării unor scopuri proprii sau fixate de alţii;

- motivele, în conexiune cu aspectul informativ al recompensei, definesc consecinţele care satisfac sau nu efortul orientat spre scop;

- deoarece motivele activităţii şcolare depind de nivelul reflectării condiţiilor vieţii sociale, sunt rezultatul acestora, dând sens şi valoare societăţii în care ei trăiesc;

- în acelaşi timp, pentru că activitatea de bază este învăţătura, motivele ei constituie sursa de energie pentru întreaga lor activitate psihică.

Cunoaşterea motivelor reale ale activităţii elevilor dă posibilitatea profesorului să intervină în mod adecvat şi oportun pentru asigurarea succesului în activitatea fiecăruia. Ea permite profesorilor să dirijeze procesul de formare a diferitelor categorii de motive, eficiente, ale căror conţinuturi să corespundă motivelor societăţii noastre.

3. Interesele profesionale

Interesul este o formă specifică a motivaţiei, care tinde să orienteze conduita spre anumite obiecte, fenomene sau domenii de activitate.

Motivaţia este determinată de interese, înclinaţii, aspiraţii care nu decurg din activitatea propriu-zisă de învăţare, ci din efectele indirecte pe care le putem obţine. Motivaţia intelectuală a deficienţilor mintal, fiind slabă, volumul intereselor intelectuale este mai mic, persistenţa în timp este redusă, intermitentă şi prezintă o mare instabilitate şi o diversificare redusă. Lipsa unor interese diversificate, conform domeniilor multiple de activitate, se datorează şi caracterului amorf al structurii intelectuale a deficientului mintal. Dezvoltarea intereselor se află în strânsă legătură cu dezvoltarea unor deprinderi sau aptitudini.

Un aspect important al educaţiei îl constituie formarea la elevi a intereselor profesionale. Existenţa unor astfel de interese îi mobilizează pe elevi în asimilarea cunoştinţelor necesare executării profesiunii dorite. Pentru aceasta este important ca profesorul să cunoască aptitudinile elevilor, concordanţa lor cu meseria preferată.

În primul rând, şcoala trebuie să-i orienteze pe elevi în alegerea viitoarei profesiuni, în conformitate cu aptitudinile lor şi cu necesităţile economiei mondiale.

Realizarea acestui obiectiv impune cercetărilor psihologice şi pedagogice să delimiteze preferinţele profesionale exprimate de elevi, ori de câte ori sunt puşi să se pronunţe asupra drumului pe care îl vor urma după terminarea şcolii generale.

La handicapaţii de intelect, sarcina de bază a orientării profesionale revine şcolii, datorită deficienţei lor intelectuale, existenţa unei familii, care de cele mai multe ori sunt dezorganizate, incapabile să dea îndrumări adecvate. Spre deosebire de elevii normali, deficienţii mintal, în cele mai multe cazuri, şi-au motivat alegerea meseriei pentru faptul că

„este mai uşoară”, sau faptul că meseria dorită le permite să călătorească, sau că le aduce un câştig mare.

Interesele profesionale ale elevilor se dezvoltă şi se fixează prin munca instructiv-educativă din şcoală. Profesorii vor urmări formarea unor interese profesionale realiste, conforme cu posibilităţile fizice şi psihice ale deficienţilor.

La deficienţii mintal predomină preferinţele pentru profesiunile din domeniul muncilor manuale. Formarea preferinţelor profesionale, pe o motivare social-morală, este slab experimentată la aceştia. La ei predomină motivarea „neprofesională”, un câştig de bani mai mulţi sau că este o meserie uşoară.

Copiii deficienţi mintal sunt, în mică măsură, conştienţi de conţinutul şi particularităţile viitoarei profesiuni, nu îşi dau seama de ceea ce ar fi sau nu ar fi capabili să realizeze. Printr-o muncă de compensare, cu dăruire şi responsabilitate, şcoala ajutătoare poate contribui la rezolvarea cu succes a viitorului majorităţii deficienţilor mintal, la asimilarea acestora cu cât mai puţine dificultăţi în procesul de producţie şi societate.

Şcolii ajutătoare îi revin sarcini de cea mai mare importanţă dintre care amintim:

- preocuparea permanentă pentru formarea corectă a deprinderilor de muncă polivalente, cu aplicabilitate în diverse activităţi. Firul conducător, în întregul proces, trebuie să-l constituie formarea deprinderilor operaţionale de bază, aplicabile la mai multe tipuri de activitate. La orice nivel de şcolarizare pot fi găsite căile şi mijloacele de realizare a acestui deziderat, urmând cursul de cerinţe formulate de programele şcolare şi indicaţiile metodice corespunzătoare.

- dezvoltarea optimă a procesului de formare a deprinderilor de muncă fizică implică o serie de condiţii interne (particularităţile şi posibilităţile individului), externe (modul de organizare şi prezentare a influenţelor exercitate de modul de „servire" a activităţii).

Procesul instructiv din şcoala ajutătoare trebuie să se desfăşoare în condiţii care să asigure eficienţă maximă în formarea deprinderilor de muncă fizică, formarea unor atitudini comportamentale adecvate, ca rezultat al întăririi diferitelor componente motivaţionale. În acest sens, de o deosebită importanţă este ajutorarea elevilor deficienţi în trezirea unor atracţii, preferinţe, interese profesionale realiste, conform cu posibilităţile psiho-fizice de realizare a lor şi cu necesităţile economiei naţionale; influenţa educativă trebuie să vizeze structurarea unui comportament motivat, care în final să determine elevul să se angajeze la realizarea obiectivului fixat. Elevul trebuie să-şi însuşească un nivel de aspiraţie corespunzător posibilităţilor sale, înlăturându-se eventualele elemente de anxietate şi cultivându-i trebuinţa de depăşire a performanţelor realizate.

- găsirea celor mai eficiente stimulente care să-i mobilizeze pe elevi în depunerea unor eforturi susţinute în procesul de formare a deprinderilor;

- influenţele educative trebuie să vizeze, în primul rând, dezvoltarea aspectelor pozitive ale personalităţii (teoria compensării) apoi corectarea, în limita posibilităţilor, a celor deficitare. Exerciţiile de antrenare a organelor de percepţie, încercarea, în cadrul lecţiilor, de a structura unele idei şi norme morale la nivelul de înţelegere a copiilor, trebuie să constituie obiective de nelipsit în desfăşurarea procesului instructiv-educativ specific învăţământului ajutător;

- cunoaşterea însuşirilor pozitive, ca şi a cauzelor dificultăţilor pe care le întâmpină elevii deficienţi, vor fi punct de plecare în procesul de formare a deprinderilor pentru munca fizică;

- întreaga activitate din şcoala ajutătoare trebuie să se bazeze pe folosirea celor mai adecvate şi mai eficiente metode şi procedee pedagogice în munca cu deficienţii mintal. În acest scop se impune cunoaşterea şi aplicarea diferenţiată a principiilor didactice, între care, pe prim plan, individualizarea procesului instructiv-educativ, asigurarea formării şi dezvoltării la elevi a sentimentului succesului în activitate, formarea unei atitudini pozitive faţă de muncă, faţă de avutul obştesc.

Implicaţiile motivaţiei în formarea deprinderilor de muncă fizică la elevii deficienţi mintal este importantă, având în vedere rolul pe care îl prezintă deprinderile de muncă fizică în pregătirea viitorului socio-profesional al copiilor deficienţi mintal. În munca cu aceştia trebuie să se pornească de la ideea că copilul are nevoie de ajutor, de protecţie, de securitate.

Integrarea şi socializarea presupun formarea unor abilităţi comportamentale şi socio-profesionale în aşa fel încât orice persoană handicapată mintal să poată desfăşura o activitate şi să ducă o viaţă alături de persoanele normale sau cât mai aproape de acestea. Atât integrarea cât şi socializarea se realizează în funcţie de obiectivele activităţii educaţional- recuperative şi de gradul handicapului respectiv. În funcţie de aceste criterii se adoptă programe speciale şi se organizează acţiuni cu caracter formativ, în vederea pregătirii şi dezvoltării acelor însuşiri care să facă posibilă o adaptare la condiţiile vieţii social- profesionale. În unităţile pentru handicapaţi sever şi profund obiectivele fundamentale ale procesului educaţional-recuperativ sunt axate pe dezvoltarea unor capacităţi practice de autoservire, de relaţionare cu cei din jur, de abilitate motrică, de dezvoltare a unor însuşiri senzoriale, de însuşirea unor deprinderi

manuale şi profesionale, de formare a unor comportamente de comunicare: afective, motivaţionale, voliţionale. Pentru cei cu handicap lejer sau uşor şcolile speciale se bazează pe obiectivele instrucţiei şi educaţiei, în egală măsură, ele sunt structurate atât pe ideea formativă cât şi pe cea informativă. Obiectivele învăţământului special trebuie să fie, în principiu, asemănătoare cu cele ale învăţământului de masă, dar adaptate la specificul particularităţilor psiho-individuale ale copiilor cu care se lucrează. Astfel, obiectivele învăţământului special se realizează pe trei niveluri:

a.obiective generale, ce cuprind scopuri sau finalităţi de scurtă durată şi mai ales de lungă durată, au în vedere cunoaşterea capacităţilor de învăţare ale elevilor handicapaţi şi urmărirea modului în care aceştia se integrează în societate după terminarea şcolii;

b.obiective intermediare, care sunt centrate pe taxonomia comportamentelor ce vor fi dezvoltate şi consolidarea abilităţilor cu caracter integrativ;

c.obiective operaţionale, care presupun elaborarea de comportamente concret-acţionale ce pot fi evaluate prin nivelul atins ca urmare a obiectivului respectiv, prin performanţele şi formele de adaptare comportamentală în condiţii determinate. Evaluarea trebuie să cuprindă criterii de cunoaştere a obiectelor şi a utilităţii lor, autonomia în deplasare şi acţiune, capacitatea de discriminare senzorial-perceptivă, nivelul comunicării şi relaţionării, dobândirea de abilităţi profesionale, dezvoltarea comportamentelor cognitive, comunicative, afective, psiho-motrice, ludice, de socializare.

Normalizarea este conceptul care ridică o serie de probleme cu privire la existenţa învăţământului special şi a finalizării obiectivelor de normalizare în învăţământul de masă. În acest context se remarcă două orientări principale:

- prima este susţinută de acei specialişti care pun accent pe integrare şi socializare;

- cea de a doua orientare este argumentată de cei ce pun sub semnul întrebării integrarea „normală” prin intermediul şcolii speciale.

Specialiştii care susţin necesitatea învăţământului special separat aduc următoarele argumente:

- prin învăţământul separat se realizează o mai bună omogenizare a grupelor de elevi, ceea ce face posibilă aplicarea unor metodologii instructiv-educative adaptate la condiţiile lor;

- prin intermediul programelor aplicate în şcolile speciale se au în vedere, în exclusivitate, nivelul şi interesele elevilor, capacităţile lor de asimilare şi potenţialul de care dispun;

- prin toate programele instructiv-educative, în şcoala specială se formează şi se dezvoltă însuşiri psiho-fizice care sunt fundamentale pentru integrarea socio-profesională ulterioară a handicapaţilor;

- încă din grădiniţe, şi apoi în şcoli, programele recuperative prevăd diferite forme de integrare a copiilor în lumea normalilor (prin jocuri realizate împreună cu copiii normali, prin vizite şi plimbări, petrecerea timpului liber în perioada vacanţelor, spectacole şi serbări realizate împreună cu copiii normali);

- prin efectivul restrâns de copii, în şcolile speciale se organizează activităţi care răspund mai eficient obiectivelor educaţionale;

- învăţământul separat dispune de cadre specializate, abilitate şi cu experienţă pentru dezvoltarea maximă a capacităţilor copiilor handicapaţi.

Adepţii normalizării şi integrării de timpuriu a copiilor handicapaţi în şcolile de masă consideră că:

- este imposibilă o omogenizare a claselor de handicapaţi, date fiind diferenţele marcante dintre aceştia;

- în şcolile speciale se aplică programe simplificate din învăţământul obişnuit;

- prin învăţământul special copilul handicapat este izolat de viaţa obişnuită şi prin activităţile şcolare desfăşurate împreună cu elevii normali apar performanţe mai bune, ca urmare a contactului cu mediile superioare;

- şcolarizarea în colective mixte determină o mai bună acceptare a copiilor handicapaţi de către cei normali;

- cadrele din învăţământul special devin dezinteresate pentru specialitatea lor, unele dintre acestea lucrând de nevoie aici.

În ţara noastră, învăţământul special pentru handicapaţii de intelect se bucură de o tradiţie şi o experienţă bogată şi ca urmare sunt obţinute rezultate edificatoare pentru nivelul de formare şi de pregătire a acestora.

Apreciind că procesul de formare a deprinderilor pentru muncă este un preludiu pentru viaţa socio-profesională a deficienţilor mintal, considerăm că atingerea acestui deziderat constituie obiectivul de primă importanţă urmărit de către şcoala ajutătoare.

Pentru ca întregul proces de formare a deprinderilor să se desfăşoare eficient este necesară o pregătire prealabilă a deficienţilor din punct de vedere fizic şi psihic.

Motivarea ocupă un loc central în cazul elevilor cu o deficienţă mintală uşoară şi medie. La limita inferioară a debilităţii mintale comportamentul motivaţional este determinat mai mult instructual, cu caracter strict existenţialist. În cazul acestora, preferinţele profesionale contribuie în mică măsură la formarea deprinderilor, deoarece aceştia preferă o meserie oarecare, la întâmplare, prin imitare, prin însuşirea unor şabloane verbale.

În privinţa preferinţelor profesionale se constată caracterul fluctuant al acestora; totuşi se întâlnesc şi cazuri când subiecţii optează stabil pentru diferite profesii înrudite.

În procesul instructiv-educativ trebuie să se acorde o mare atenţie formării unor preferinţe profesionale reale, conform cu posibilităţile psiho-fizice şi aptitudinale ale copiilor. Aceeaşi muncă se va duce şi cu familiile deficienţilor mintal, care adesea dau sugestii greşite copiilor în aceste privinţe.

Deficienţii mintal s-au dovedit puţin realişti în privinţa aprecierii nivelului propriu de aspiraţie, care, din această cauză, într-o mică măsură constituie un factor de motivaţie.

Subaprecierile proprii adeseori sunt rezultatul eşecurilor repetate în activitatea de învăţare, care au determinat neîncrederea în posibilităţile lor, pe când supraaprecierile valorii personale, în majoritatea cazurilor sunt datorate deficienţelor pe care le au deficienţii mintal în aprecierea critică a realităţii.

Performanţele elevilor arată că situaţiile motivaţionale sunt în general specifice, în sensul că, aceeaşi situaţie nu este la fel de eficientă pentru toţi elevii.

Performanţele obţinute în diferite situaţii sunt dependente şi de trăsături de personalitate, particularităţile aptitudinilor, interesele elevilor. Majoritatea deficienţilor mintal obţin performanţe maxime în situaţii de câştig şi stimulare prin laudă. Ca şi în cazul copiilor normali, şi la copiii deficienţi mintal, lauda, aprecierea faptelor pozitive, este mai eficace decât admonestarea care poate duce la negativism.

În reuşitele formării deprinderilor de muncă la deficienţii mintal, de o deosebită importanţă este metoda pedagogică folosită în organizarea şi prezentarea cerinţelor. Dozarea şi repartizarea cerinţelor conform posibilităţii de percepere şi înţelegere trebuie să stea în atenţia cadrelor didactice din şcoala ajutătoare.

Integrarea socio-profesională a handicapaţilor este dependentă de programele recuperative şi de profunzimea handicapului. Trebuie să remarcăm că, aşa cum afirma R.Zazzo, civilizaţia unei societăţi poate fi apreciată şi după atitudinea ce o manifestă faţă de persoanele cu anumite handicapuri

3.1.7.1. Recuperarea psihosocială a deficienţilor mintal

Psihologia handicapului mintal se ocupă de depistarea, diferenţierea şi cunoaşterea particularităţilor psihologice sau psihice ale persoanelor cu handicap mintal. Este ştiinţă indisciplinară, ca ramură a Psihopedagogiei speciale (defectologia), care la rândul ei se ocupă de prevenirea, combaterea şi corectarea persoanelor cu handicap (incapacitate, deficienţă).

Principiile care stau la baza recuperarii şi prevenirii, ameliorării şi corectării persoanelor handicapate sunt: ***principiul normalizării*** (un comportament normal al deficientului), ***principiul egalizării şanselor*** (să aibă şanse egale în conformitate cu posibilităţile sale); recuperarea, corectarea şi prevenirea să înceapă cât mai de timpuriu.

Recuperarea este un domeniu de activitate complexă medicală, educaţională şi socio–profesională, prin care se urmăreşte restabilirea cât mai deplină a capacităţii funcţionale, pierdută de un individ (ereditar sau dobandit) în urma unor boli sau traumatisme, precum şi dezvoltarea unor mecanisme compensatorii, care să-i asigure posibilitatea de muncă sau autoservire, respectiv o viaţă activă cu independenţă economică sau socială.

„Activitatea complexă de recuperare trebuie concepută ca un proces unitar, care se realizează prin măsuri medicale, psihologice, educaţionale şi socio-profesionale, aplicată

concomitent sau în etape succesive şi a căror pondere este diferită în funcţie de etapa procesului de recuperare”.

Conceptul de recuperare converteşte şi focalizează o multitudine de domenii de cunoaştere, de terapie şi tehnologie, în scopul „restituţio ad integrum” a unei persoane handicapate. În scopul acesta, acţiunea de recuperare subsumează întregul domeniu al educaţiei speciale şi al altor forme de terapie şi intervenţie. Mai mult decât atât, recuperarea priveşte şi integrarea socială urmărită la distanţă.

Recuperarea este ultima secvenţă din acţiunea terapeutică precedată de prevenţia sau preintervenţia, care după Giblsen are trei faze: prevenirea primară, secundară şi terţiară (intervenţia şi recuperarea sau postintervenţia).

Acţiunea de recuperare cuprinde măsuri individuale (psihoterapia, asistenţa psihiatrică constând în terapie şi supraveghere psihiatrică) şi măsuri sociale (adaptarea familială, adaptarea profesională, adaptarea socială).

Socializarea, din punct de vedere pedagogic, are mai multe interpretări: procesul prin care un individ sau un grup care trăiesc în zone geografice apropiate, stabilesc relaţii sociale stabile implicate în cultura comună; procesul prin care se produc, în special la copil, înţelegerea şi acceptarea obiceiurilor, normelor, tradiţiilor şi culturii grupului al carui membru este, colaborând activ în acest grup; procesul prin care se urmăreşte accentuarea aspectelor individuale; procesul de schimbare în instituţiile sociale prin introducerea activităţii de cercetare, ca să fie aplicabilă şi folositoare întregii societăţi, nu numai grupurilor mici sau individului (de exemplu: socializarea şcolii în sensul ca toţi elevii, studenţii, să contribuie la rezolvarea nevoilor sociale ale învăţământului); procesul de educare a baieţilor şi fetelor, în ceea ce priveşte latura socială a vieţii moderne.

O altă viziune este cea psiho-socială cu variate sensuri. Unul dintre ele este cel de socializare a individului. În această ipostază socializarea devine „un proces obiectiv deosebit de complex prin care individul, însuşindu-şi limba colectivităţii şi interiorizând norme şi modele sociale de comportament, devine membru al acelei societăţi. Procesul de socializare se realizează sub influenţa hotărâtoare a unor factori sociali ca: familia, şcoala, instituţiile sociale, economice, politice, culturale, sistemul de practici şi valori din colectivitatea dată.

Prin formula ontogenetică a dimensiunii temporale se scot în evidenţă fazele şi condiţiile de obţinere prin educaţie culturală a unui individ care să iasă din faza de „eventualitate" sau „speranţă" şi să devină om, în sensul social al cuvântului.

Socializarea este un process dirijat prin educaţie, dar el se defineşte nu numai ca scop al educaţiei, ci ca un proces mult mai vast şi mai dificil ca acţiune educaţională.

Recuperarea unui disfuncţional psihic, de tipul deficientului mintal, se conturează ca o acţiune multifactorială în a cărei structură intră simultan întregul arsenal de metode şi tehnici de simulare, dezvoltare, compensare, învăţare, profesionalizare. Acţiunea, ca atare, are ca obiectiv fundamental integrarea socială, eficientă sau chiar totală, a deficientului mintal. În conţinutul acestui ultim concept, accentul (în cazul deficientului mintal) cade pe triada socializare – învăţare – integrare.

Practica actuală din instituţiile şcolare specializate pune accent pe învăţarea de tip şcolar, iar necesitatea şcolarizării totale impune o învăţare de tip şcolar, nu doar pentru performanţă intelectuală. Utilizarea resurselor intelectuale ale deficientului mintal este dependentă de dezvoltarea structurilor acţiunii eficiente, a structurilor afectogene, relaţionale, motivaţionale, morale. Starea de decompensare prin efectele deficienţei împiedică dezvoltarea

mecanismelor de bază ale procesului de formare a personalităţii cu un grad sporit de integrativitate.

Recuperarea este posibilă şi prin terapia complexă recuperatorie integrată, unde unul din parametrii importanţi este constituit din racordarea atât la procesul de devenire a personalităţii, cât şi la contextul educaţional.

O componentă de bază a procesului de terapie complexă o constituie procesul recuperator, iar în cadrul acestuia, compensarea integratoare care reprezintă coacţiunea a trei module: instrucţia – educaţia – profesionalizarea, se introduc corectivele corespunzatoare, conferind întregului proces o valoare psihoterapeutică.

Cercetările actuale de integrare a psihoterapiei, ca şi componentă a procesului educaţional, au dat rezultate foarte bune şi în cadrul învăţământului obişnuit.

Reglarea procesului instructiv-educativ necesită o structurare în funcţie de scopurile, necesităţile şi etapele psihoterapiei. Acţiunea de psihoterapie nu constituie o formă de influenţare autonomă. Pe de o parte, această acţiune derivă din necesităţile procesului educaţional (învăţare – dezvoltare – integrare), iar pe de altă parte, ea converteşte elementele educaţionale în factori terapeutici. În felul acesta acţiunea îşi capată o unitate şi obiective comune, iar convergenţa celor două mari direcţii de influenţare şi restructurare a personalităţii se află în procesul de compensare.

Preocupările pentru copiii handicapaţi au sporit simţitor, ca urmare a necesităţii integrării cât mai eficiente a acestora în societate. Pentru realizarea acestui deziderat, accentul cade pe interesul acordat existenţei unui climat optim pentru desfăşurarea activităţii şcolare la standardele de performanţă socială cerute. În raport cu aceasta, subnormalitatea este evidentă şi se impune găsirea unor modalităţi de intervenţie pentru a sprijini procesul de formare

intelectuală, profesională, a elevilor cu deficienţă mentală şi în a-i ajuta în efortul de integrare socială, în sensul depăşirii condiţiei obişnuite a acestora şi anume, aceea de marginalizaţi ai sistemului socio-economico-cultural actual.

Aspiraţia şi învăţarea sunt dimensiuni definitorii ale comportamentului uman ce se obiectivează diferit în funcţie de condiţiile de ereditate, mediu şi educaţie.

De o deosebită impotanţă pentru deficienţii mintal este şi includerea lor, de la bun început, în învăţământul special, fără a trăi insuccesele repetate şi instalarea unor complexe, care generează frustrări percepute subiectiv şi numeroase conflicte interne şi externe. Trecerea lor prin şcoala de masă lasă urme adânci, creându-le în acelaşi timp reacţii negative faţă de munca de învăţare şi faţă de şcoală în general, conştientizând handicapul lor. Deşi deficienţa mintală poate rămâne ireversibilă, totuşi personalitatea poate fi educabilă, proces în care asupra handicapaţilor mintali acţionează o mulţime de factori perturbatori determinaţi de diferitele medii de viaţă.

Inserarea în social are loc mai ales prin domeniul familial, profesional şi al microgrupului său social. Copilul cu deficienţe mintale se include în societate cu un mai mare grad de încredere în sine şi prin afectivitatea şi grija purtată de familie, prin înţelegerea acestuia de către părinţi şi nu prin înlăturarea lui din grupurile sociale.

În cazul deficienţilor mintal se constată asocierea semnificativă cu factori ca: statutul de handicapat, izolare socială, statutul de grup minoritar, marginalitate socială, dezintegrare socială.

Izolarea socială îşi exercită în mod diferenţiat influenţa stresantă asupra conduitei, în funcţie nu numai de particularităţile individuale, dar şi de relaţiile dintre indivizii aflaţi în

aceste condiţii. Indivizii izolaţi de societate vor resimţi mai intens stresul şi vor avea o eficienţă mai mică în rezolvarea sarcinilor.

Este importantă socializarea tinerilor, dezvoltarea capacităţilor lor de adaptare şi a sentimentului de încredere, de siguranţă, generat de apartenenţa la grupul din care fac parte. Ei nu înţeleg întotdeaua corect explicaţiile date, nu pot să-şi fixeze pe plan mintal scopul acţiunii şi desfăşurarea acesteia. Integrarea lor în societate se face pe baza încrederii în forţele lor de „oameni normali”, totul depinzând de forţa lor de adaptare la mediul înconjurator şi aprecierea de către oamenii normali a fiecarui lucru bun făcut de ei.

Educarea lor se face în instituţii speciale şi cu cadre didactice specializate. Este foarte important ca în procesul instructiv-educativ să se urmărească efectele formative ce se produc în sfera motivelor intrinseci a învăţării de factură social-morală, ca urmare a administrării unor anumite influente instructiv-educative de conţinut.

Activitatea instructiv-educativă se traduce într-un fapt de transformare, de modelare necontenită a diferitelor laturi ale personalităţii elevului.

Corol Ouvry (1987) a elaborat un curriculum pentru handicapaţii mintal structurat pe patru arii de dezvoltare: aria de dezvoltare fizică (are ca obiectiv central mişcarea cu componentele: motricitatea grosieră, imaginea corporală, fizioterapia), aria de dezvoltare perceptivă (obiectiv central: percepţia motorie şi conştientizarea senzorială), aria de dezvoltare personală şi socială având ca obiectiv global independenţa copilului într-un mediu cât mai restrictiv posibil cu componentele: autonomia personală (autoservirea, autoîngrijirea), autonomia socială (adaptarea la viaţa cotidiană) şi competenţele sociale.

Aceste arii de dezvoltare pot fi considerate coordonate majore ale educaţiei speciale, urmând ca obiectivele şi componentele constitutive ale ariilor să fie completate sau adaptate în funcţie de particularităţile copiilor şi de nivelul de şcolarizare.

Acest mod de organizare poate fi apreciat ca o soluţie curriculară deschisă, asigurând principiul normalizării prin faptul că este centrat pe copil (considerat atât ca individ, urmărindu-se recuperarea biologică, cât şi ca membru al societăţii, având ca obiectiv recuperarea socială).

Se cunoaşte faptul că deficienţii mintal se prezintă mai bine în condiţiile de muncă, decât în condiţiile şcolare, ca urmare a unei motivaţii mai puternice şi mai adecvate, şi de aceea şcolii îi revine obligaţia de a organiza activitatea în raport cu problemele specifice ale copiilor deficienţi pentru a le putea asigura nivelul de cunoştinţe, priceperi şi deprinderi care să permită acestora integrarea în activitatea productivă, în viaţa socială.

Deficienţii mintal nu înţeleg întotdeauna corect explicaţiile date, ei nu pot să-şi fixeze pe plan mintal scopul acţiunii şi desfăşurarea acesteia, de aceea educarea lor se va face mult mai lent decât procesul instructiv-educativ al copiilor normali. Procesul de învăţământ este calea principală de educare a intereselor şi a formării unor deprinderi generale şi speciale. Antrenarea elevilor deficienţi mintal în variate activităţi practice vor orienta atenţia lor, le vor stimula curiozitatea şi vor permite consolidarea unor deprinderi care generează interesele predominante.

Deoarece experienţa deficientului mintal nu are în sine acele valenţe direcţionate pe care le are copilul normal, este nevoie ca procesul de învăţământ şi educaţia să organizeze din exterior, prin condiţionări multiple formele de diferenţiere a stimulilor către care este orientat copilul.

Gradul de adaptare la activitatea şcolară, în general, arată trebuinţa şi capacitatea deficientului mintal de a cunoaşte, de asimilare, de a interioriza cerinţele externe, influenţele instructiv-educative, programate, dorinţa şi capacitatea lui de a se modela, de a se acomoda, de a se exterioriza în sensul acestora.

Procesul instructiv-educativ al deficienţilor mintal este completat cu jocul, care indeplineşte funcţia de pregătire a copilului pentru viaţa adultă, în cadrul unei diversităţi de grupuri sociale. Activităţile ludice posedă funcţia esenţială de creştere a capacităţii de adaptare sociala a copilului.

Adaptarea e concepută ca o prioritate fundamentală a unui organism de a-şi modifica funcţiile şi structurile sale în raport cu schimbările cantitative şi calitative ale mediului inconjurător. Adaptarea socială este procesul prin care o persoană sau un grup social devine capabil să trăiască, să se integreze într-un nou mediu social ajustându-şi comportamentul după cerinţele mediului.

Adaptarea îşi găseşte carespondenţa în relaţiile adaptative ale omului în mediul social, echivalând, într-o mare măsură, cu termenul de „integrare”.

J. Piaget adaugă o nouă treaptă de adaptare, care este adaptarea mintală sau intelectuală, definită ca „un proces de trecere de la un echilibru mai puţin stabil la un echilibru mai stabil între organism şi mediu, o echilibrare între asimilare şi acomodare”. Se creează premisele psihologice necesare extinderii termenului de adaptare, ca proces până la nivelul reglărilor reciproce dintre personalitate şi societate, ceea ce conturează conţinutul noţiunii de integrare.

Integrarea apare ca o necesitate obiectivă, ca o problemă majoră a vieţii sociale, la care autoeducaţia şi educaţia permanentă trebuie să răspundă. Termenul de „integrare" este definit în diverse moduri, ca şi proces de adaptare, de socializare, de acomodare.

Dicţionarul de psihologie consideră integrarea o cuprindere şi închidere într-un tot a ceva ce devine astfel parte componentă a întregului şi dobândeşte proprietăţi specifice, rezultate din interacţiunea şi interdependenţa cu celelalte părţi componente, iar integrarea socială prin adaptare la condiţiile vieţii sociale. Această definiţie introduce un concept nou care exprimă mai adecvat specificul integrării şi anume „individul" şi „asimilarea" aflate în intercondiţionare.

Integrarea înseamnă familiarizarea cu mediul, cunoaşterea specificului locului de muncă, a colectivului, acomodarea cu cerinţele, adaptare, creearea unor concordanţe între ceea ce a văzut, dobândit, admis, ceea ce se cere individului.

Sensurile multiple ale noţiunii de „integrare", de la un simplu proces de adaptare exterior până la unul de valorizare şi acţionare internă, necesită programe educaţionale de adaptare care să asigure integrarea socială. Fără a exercita un efect nivelator, integrarea acţionează şi în sensul diferenţierii individului care se afirmă prin specificul său, se constituie ca o individualitate în colectiv, în mediul social.

C.Păunescu considera că procesul integrării constituie o acţiune complexă care pe baza anumitor funcţii şi strategii generează o fuziune esenţială între elementele sistemului personalităţii şi elementele sistemului social, determinând o dinamică de dezvoltare şi de proces simultan şi reciproc. Acelaşi autor menţionează că „în timp ce structura valorilor acţionează asupra formării personalităţii, personalitatea acţioneaxă asupra formării structurii valorilor. Acest proces de comunicare activă, uneori contradictorie, alteori tensională sau

conflictuală între cei doi poli, personalitate – societate, defineşte dinamica procesului de integrare socială”.

În această viziune a integrării, care produce fuziunea a două sisteme, cel al personalităţii şi cel al valorilor sociale, se stabileşte o corespondenţă între funcţiile de bază ale personalităţii umane şi funcţiile de bază ale societăţii care dezvoltă personalitatea umană.

Pentru ca acest proces de integrare bipolară să se desfaşoare în condiţii normale este necesar să se realizeze anumite funcţii, şi anume: *funcţia de receptare* (funcţia de bază a personalităii umane cât şi a societăţii), *funcţia de compunere*, *diferenţiere şi de selectare,* de care dispun atât personalitatea cât şi societatea; funcţia reprezentării; *funcţia de esenţializare* (atunci când valoarea poate fi pusă în circulaţie şi intră într-un sistem de intercomunicare), prin care circulaţia valorilor esenţializate acţionează asupra structurilor asimilate, generând o nouă formă a structurii, a sistemului integrativ.

Nivelul procesului de integrare este asigurat de *funcţia de operaţionalizare* cu cele două direcţii ale ei: direcţia praxiologică şi direcţia axiologică. Gradul de operaţionalitate devine propriu personalităţii şi societăţii integratoare. Ceea ce devine esenţial, definitoriu, este gradul de operaţionalitate axiologică a conştiinţei umane.

În baza acestui principiu s-au formulat trei mari categorii de strategii privind integrarea: strategii individuale, strategii colective şi strategiile totale ale integrării, prin care societatea facilitează integrarea individului în societate şi a valorilor în conştiinţa individului: gândirea social-culturală, sistemul de circulaţie a valorilor; instituţiile şcolare, modelul personalităţii.

Educaţia este chemată să asigure în primul rând dezvoltarea globală, integrală a individului ce se integrează într-o societate dinamică.

Practica psihopedagogică consideră integrarea ca o necesitate obiectivă a vieţii oricărei colectivităţi, ca o succesiune de activităţi prin care individul îşi armonizează conduita şi interesele cu cerinţele mediului său de viaţă. Tot din punct de vedere psihopedagogic integrarea poate fi privită ca obiectiv, când ea vizează realitatea unei concordante între cerinţe şi manifestări. Elementele concrete ale personalităţii se cer a fi formate, stimulate, cultivate, urmărite, pentru a facilita adaptarea-integrarea.

Ca proces, integrarea este dinamică, complexă, constând într-un ansamblu de mecanisme şi de operaţii care pregătesc, finalizează şi desăvârşesc acţiunea propriu-zisă. Ca rezultat, integrarea este legată de munca educativă şi de viaţa socială, de evoluţia unor fenomene aflate sub influenţa mediului socio-economic. Acţiunea integrării cunoaşte specificitaăţi, ritmuri diferite chiar la acelaşi individ după cum este vorba de integrarea într-un colectiv sau altul, de o perioadă de început sau de una mai avansată, după cum cel care se integrează dispune de o experienţă mai bogată în această direcţie, dacă întâmpină sau nu dificultăţi.

Procesul mental intern, framântările, îndoielile, neliniştea, influenţează analiza lucidă, dezorganizează conduita, duce la asperităţi ale comportamentului, la individualism exagerat, protecţii exagerate, nejustificate, care sunt numai câteva elemente care condiţionează procesul integrării sau neintegrării.

Copilul cu cerinţe educative speciale va beneficia de programe educaţionale care să asigure în primul rând terapia, recuperarea, facilitând astfel adaptarea şi integrarea socială de care are nevoie ca membru al societăţii în care trăieşte.

Mediul organizat de recuperare constituie o modalitate de educaţie normalizatoare a unor subiecţi prezentând o formă de inadaptare disfuncţională, dar care are un trecut acumulat

în condiţii defavorizante, din punct de vedere al procesului de structurare a personalităţii. Problema, de concepţie fundamentală a acţiunii complexe de recuperare, este dacă se acţionează numai asupra perturbărilor comportamentului prezent sau asupra personalităţii în întregime. Răspunsul nu comportă o altă alternativă, ci o viziune integratoare, în sensul că simultan se va acţiona asupra personalităţii cât şi asupra comportamentului.

Şcoala specială, în etapa istorică actuală – mai mult ca oricând – are datoria să formeze un tineret dezvoltat din punct de vedere intelectual, fizic şi moral, capabil să se integreze eficient şi rapid în muncă, în activităţi productive, cât şi în mediul social în care trăieşte. Mai mult, integrarea socio-profesională a handicapaţilor este dependentă şi de condiţiile atitudinale şi materiale ce sunt create acestora de către societate.

În ceea ce privesc regulile standard în sfera egalizării şanselor pentru persoanele cu handicap, s-ar impune să începem cu un extras din Adunarea Generală a Naţiunilor Unite, din 20 decembrie 1993:

„Scopul acestor reguli este să asigure persoanelor cu handicap, în societatea în care trăiesc, aceleaşi drepturi şi obligaţii ca şi persoanelor normale. În toate societăţile lumii mai sunt încă bariere în calea exercitării drepturilor şi libertăţilor persoanelor cu handicap. Este de datoria statelor de a lua măsurile potrivite pentru înlăturarea acestor obstacole. Persoanele cu handicap şi organizaţiile acestora trebuie să joace un rol activ cu parteneri în procesul în cauză. Egalizarea şanselor peroanelor cu handicap reprezintă o contribuţie esenţială la efortul internaţional general de mobilizare a resurselor umane. O atenţie specială trebuie acordată grupurilor de copii, femei, vârstnici, săraci, emigranţi. Persoanelor cu handicapuri duble sau multiple, precum şi minorilor.”

Iată câteva reguli care permit egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap: sporirea gradului de conştientizare, îngrijirea medicală, reabilitatea, serviciile de sprijin, accesibilitatea, educaţia, ocuparea forţei de muncă, asistenţa în domeniul veniturilor şi protecţia socială, viaţa de familie şi integrarea personală etc.

Ocuparea forţei de muncă, este o condiţie importantă pentru integrarea în societate. Statele trebuie să recunoască principiul conform căruia persoanele cu handicap au dreptul de a-şi exercita drepturile umane, în particular, în domeniul ocupării forţei de muncă. Legile şi regulamentele din domeniul ocupării forţei de muncă trebuie să evite discriminarea persoanelor cu handicap şi nu trebuie să ridice obstacole în calea încadrării acestora în muncă. Statele trebuie să sprijine activ integrarea persoanelor cu handicap în muncă. Acest sprijin activ s-ar putea manifesta printr-o varietate de măsuri cum ar fi calificarea profesională, sistemele de cote stimulative, sistemele de rezervare sau protejare a locurilor de muncă, împrumuturi şi garanţii pentru micii întreprinzători, contracte exclusive sau drepturi prioritare de producţie, reduceri de taxe, prevederi contractuale favorizate sau alt sprijin tehnic ori financiar pentru întreprinderile care angajează persoane cu handicap. Statele trebuie, de asemenea, să încurajeze pe cei care angajează persoane cu handicap, pentru acomodarea lor.

Programele de acţiune a statelor trebuie să includă:

a.)măsuri pentru proiectarea şi adaptarea locurilor de muncă şi a clădirilor în aşa fel încât acestea să devină accesibile persoanelor cu diferite handicapuri;

b).sprijin pentru folosirea noilor tehnologii, dezvoltarea şi producerea de dispozitive, unelte şi echipamente de asistare, măsuri de facilitare a accesului la asemenea dispozitive şi echipamente, pentru ca persoanele cu handicap să poată să-şi câştige şi să-şi păstreze locurile de muncă;

c) **asigurarea unei pregătiri corespunzătoare, a unui plasament adecvat şi a unui sprijin continuu**, cum ar fi asistenţa personală şi serviciile de interpretare.

Statele trebuie să iniţieze şi să sprijine campanii de creştere a conştientizării destinate să depăşească atitudinile negative şi prejudiciile aduse angajaţilor cu handicap.

În calitatea lor de patroni, statele trebuie să creeze condiţii favorabile pentru angajarea persoanelor cu handicap în sectorul public. Organizaţiile de lucrători şi patroni trebuie să coopereze pentru a asigura o politică echitabilă de recrutare şi promovare, condiţii de muncă, salarii, măsuri de îmbunătăţire a condiţiilor de muncă pentru a preveni accidentele şi apariţia incapacităţilor şi măsuri de reabilitare a celor care au suferit accidente de muncă.

Scopul acţiunilor întreprinse trebuie să fie sprijinirea persoanelor cu handicap pentru obţinerea de locuri de muncă protejate. Pentru persoanele cu handicap, a căror necesităţi nu pot fi acoperite de piaţa liberă a muncii, o alternativă ar exista în micile unităţi productive protejate sau locurile de muncă protejate. Calitatea unor asemenea programe trebuie evaluată în termenii oportunităţii şi a suficienţei în asigurarea şanselor pentru persoanele cu handicap de a obţine locuri pe piaţa muncii. Trebuie luate măsuri pentru includerea persoanelor cu handicap în pregătirea şi programele de angajări din sectorul privat şi familial.

Statele, organizaţiile de lucrători şi patroni, trebuie să conlucreze cu organizaţiile persoanelor cu handicap în legătură cu creearea programelor de pregătire şi a posibilităţilor de angajare în muncă, inclusiv program flexibil de muncă, muncă în acord şi muncă cu sprijin pentru persoanele cu handicap.

D.Salade constată că „elevii şcolii generale au puţine cunoştinţe despre profesiunile existente şi despre cerinţele lor. Prin munca organizată a diriginţilor, direct cu elevii şi prin intermediul părinţilor, s-a realizat o orientare profesională eficientă”. Autorul arată, de

asemenea, că „alegerea profesiunii este adecvată numai dacă are la bază interese autentice, nu atracţii sau preferinţe momentane”.

În primul rând şcoala este chemată să-i orienteze pe elevi în alegerea viitoarei profesiuni, în conformitate cu aptitudinile lor şi cu necesităţile economiei naţionale.

Realizarea acestui obiectiv impune cercetări psihologice şi pedagogice care să delimiteze interesele profesionale din multitudinea de atracţii şi preferinţe profesionale, exprimate de elevi ori de câte ori sunt puşi să se pronunţe asupra drumului pe care îl vor urma după terminarea şcolii generale.

În legătură cu handicapaţii de intelect, problema a fost insuficient studiată. Datorită insuficienţei intelectuale, existenţei unor familii, care de cele mai multe ori sunt dezorganizate, incapabile să dea îndrumări adecvate, sarcina de bază a orientării profesionale a deficienţilor mintal revine şcolii.

Unul dintre cercetători care s-a ocupat de problema intereselor profesionale la deficienţii mintal, M.Silverman, afirmă că interesele şi opţiunile profesionale ale acestora sunt cruciale, pentru succesul adaptării într-o instituţie ocupaţională. M.Silverman s-a ocupat de evidenţierea trăsăturilor dezvoltării intereselor profesionale la copiii şi adolescenţii deficienţi mintal, în raport cu subiecţii normali de aceeaşi vârstă cronologică. Dintre concluziile cercetării reţinem:

1)la ocupaţiile cu caracter „aventuros”, toate grupurile de deficienţi au dat răspunsuri mai puţine, în comparaţie cu normalii. Acest rezultat ar putea fi interpretat ca rezultat al experienţelor timpurii ale indivizilor etichetaţi ca deficienţi, care au învăţat, trăind într-un mediu supraprotector, să fie mai prudenţi decât normalii.

2)pentru ocupaţiile care implică cel puţin un nivel coborât de aptitudine mecanică şi utilizarea mâinilor, deficienţii dădeau răspunsuri semnificativ mai multe. Explicaţia: prin etichetarea unui copil ca deficient, el primeşte în viaţă, de timpuriu, un tratament diferenţiat care îl determină să facă alegeri ocupaţionale corespunzătoare capacităţilor sale. În contrast, normalul învaţă statutul ocupaţiilor respective şi manifestă mai puţin interes pentru asemenea posturi.

În legătură cu debilii mintal s-a urmărit să se desprindă ce aspecte ale unei munci sunt mai atractive. În acest scop s-a prezentat o listă cu 9 însuşiri pe care le pot avea diferitele meserii. Subiecţior li s-a spus că li se va citi o listă cu mai multe însuşiri „la care se gândesc oamenii când îşi aleg o meserie”. S-au utilizat caracterizări ca cele de mai jos:

„În ea se poate merge înainte”.

„Îţi place”.

„Este o meserie în care eşti liniştit”.

„Lucrezi cu oameni liniştiţi”.

„Eşti bine plătit” etc.

După ce subiectul indica una dintre cele nouă însuşiri pe care o considera mai importantă, lista era din nou citită, pentru ca ei să spună care din cele opt însuşiri rămase este cea mai importantă. Procedeul continuă până la ierarhizarea tuturor însuşirilor.

Preferinţele fetelor deficiente mintal n-au fost diferite, în mod semnificativ, de cele ale fetelor normale, ele optând mai frecvent pentru muncile care „permit să fii cu oamenii ce-ţi plac”, pentru muncile interesante sau pentru cele care prezintă securitate. În schimb, tinerii deficienţi s-au diferenţiat de cei normali prin preferinţa pentru meseriile bine plătite.

W.F.Book prezintă câteva indicaţii privitoare la naşterea şi definirea intereselor noi:

- orice interes se clădeşte pe un interes vechi celui ce învaţă;

- dezvoltarea intereselor în domenii particulare presupune cunoştinţe în acel domeniu;

- dezvoltarea interesului faţă de un obiect, materie de învăţat, muncă de executare etc., presupune o organizare şi prezentare a acestora de aşa natură încât cel ce învaţă să poată şi progresa în activitatea sa;

- dezvoltarea unui interes bine conturat pentru o materie sau o activitate de învăţat se poate asigura prin exerciţiu motivat, riguros şi continuu, în acea materie sau activitate. Totuşi suportul reuşitei este determinat de îmbinarea pozitivă a motivului cu modalitatea operatorie (exerciţiu).

Evaluarea aptitudinilor profesionale ale persoanelor handicapate trebuie să poată fi cunoscută şi de către acestea, întrucât:

- sunt necesare pentru a studia posibilităţile de realizare;
- permit identificarea opţiunilor lor pentru ocupaţii potenţiale;
- furnizează baza programului de readaptare şi integrare;
- pot facilita o inserţie sau o reinserţie profesională adecvate.

Orientarea profesională trebuie să cuprindă o analiză a posibilităţilor şcolare, profesionale şi sociale ale persoanei handicapate şi ale evoluţiei sale probabile. Aceasta trebuie realizată de specialişti, care cunosc persoanele handicapate şi ştiu că acestea sunt, pe de o parte capabile, iar pe de parte le cunosc nevoile, în vederea stabilirii pronosticului celui mai adecvat, şi aceasta în colaborare cu persoanele în cauză.

Vârsta persoanei, cunoştinţele sale şcolare şi situaţia sa profesională trebuie să determine, dincolo de necesitatea de a recurge sau nu la evaluări specializate, genul sau natura evaluării practicate. În toate cazurile, evaluarea trebuie să folosească metode riguroase şi

încercări combinate cu cercetarea şi tehnicile de inovaţie, permiţând luarea în considerare a tuturor aptitudinilor şi posibilităţilor celor în cauză.

Serviciile sau centrele de orientare trebuie să dispună de un personal suficient de calificat şi care să lucreze în echipe pluridisciplinare. Echipa trebuie să cuprindă un consilier de orientare, un medic, un asistent social. Aceasta ar putea fi completată, conform specializării şi destinaţiei centrului sau serviciului, cu alţi specialişti, de exemplu, un psiholog, un psihoterapeut, un ergoterapeut, un maistru pentru învăţământul tehnic.

Scopul formării profesionale şi a adaptării profesionale trebuie să fie de a ajuta persoanele handicapate la obţinerea sau la păstrarea unui loc de muncă, la progresul profesional şi parţial, la facilitarea inserţiei sau reinserţiei lor în societate. Măsurile de formare şi adaptare profesională trebuie:

- să fie accesibile tuturor categoriilor de persoane handicapate;
- să cuprindă ansamblul sectoarelor de activitate, în aşa fel încât să crească gama de alegeri profesionale pentru cei interesaţi;
- să fie cât mai adaptate posibil evoluţiei pieţii muncii.

Modurile specifice de formare şi de readaptare organizate în şcoli speciale, în instituţii medico-pedagogice şi medico-profesionale sau în centre specializate de formare sau de readaptare profesională, ar putea să se dovedească necesare, din cauza naturii sau gravităţii incapacităţii sau pentru a asigura succesul procesului de adaptare. Stagiile de formare în întreprindere trebuie încurajate. Recurgerea la sistemul de formare profesională specializată se justifică, întrucât permite o formare mai bună pentru integrare în mediul obişnuit.

Fiecare caz trebuie să facă obiectul rapoartelor periodice de evaluare a formării sau readaptării, în colaborare cu centrele de orientare profesională.

Obiectivul general este de a permite o integrare profesională cât mai complexă posibilă a persoanelor handicapate, indiferent de originea, de tipul şi gradul de severitate al handicapului acestora, şi, în acelaşi timp, de a favoriza inserţia lor socială şi dezvoltarea profesională. În aplicarea acestui principiu, trebuie luate măsuri individuale sau colective, pentru ca persoanele handicapate să poată exercita, de fiecare dată când este posibil, activitatea profesională în mediul de muncă obişnuit, atât în cazul muncitorilor salariaţi, cât şi al celor liber profesionişti.

Unele persoane handicapate ar putea avea nevoie de un program modificat, ce combină elemente de muncă protejată cu un mediu profesional obişnuit.

Persoanele ale căror aptitudini sunt cele mai limitate, trebuie orientate spre centre de activitate ocupaţională care să le permită să efectueze o muncă fără reabilitare, în scopul dezvoltării capacităţilor lor funcţionale, sociale şi profesionale.

Spre a asigura persoanelor handicapate egalitate reală de şanse în materie de angajare, trebuie luate măsuri pentru a evita orice discriminare în privinţa accesului la încadrare, remunerare, carieră sau la menţinerea în activitate. Măsurile de susţinere trebuie să fie foarte suple şi cât mai diversificate posibil, urmărind adaptări optime pentru fiecare caz în parte (măsuri de stimulare, de formare, de pregătire şi de inserţie pentru persoana handicapată şi întreprindere).

Nu trebuie să existe nici o discriminare în ceea ce priveşte accesul la orientarea şi la formarea profesională a persoanei handicapate referitor la vârstă, sex, rasă, origine, şi religie. Motivaţii multiple, umanitare, economice sau de altă natură, au făcut ca în ultimele două decenii numărul cercetărilor, în domeniul deficienţei mintale, să crească foarte mult.

3.1.7.2. Sistemul de recuperare a deficienţilor mintal, conform reglementărilor în vigoare. Forme instituţionalizate de educaţie specială. Forme integrate învăţământului obişnuit.

Handicapul de intelect grav este foarte rar la copii. Pe de altă parte, perturbările de afectivitate şi cele de comportament, minore sau de gravitate medie, sunt relativ curente. Este dificil de determinat în mod precis ceea ce este sau nu „normal" în această privinţă, deoarece marea majoritate a copiilor trec, în etape diferite, prin episoade de comportament bizar: agresivitate, calm excesiv, aparentă regresie spre un comportament caracteristic unei vârste mici, etc. Dar la copilul normal, aceste episoade nu sunt decât trecătoare întreruperi ale evoluţiei progresive către maturitate, iar criteriul practic al determinării anomaliei constă numai din prelungirea şi repetarea perioadelor de comportament inadaptat, sau din încorporarea permanentă a unor forme speciale de comportament insolit în complexul comportamentului general.

Anumite anomalii minore şi puţin frecvente pot să dispară fără să lase urme. Din contră, anomaliile grave pot avea efect negativ asupra socializării şi educaţiei, pot întârzia sau împiedica maturizarea normală, pot predispune la grave boli psihice la vârsta adultă, sau se pot constitui drept cauze ale acestora.

În ceea ce priveşte sistemul de recuperare a deficienţilor mintal, conform reglementărilor în vigoare, nu trebuie să negăm acţiunea factorilor familiali care comportă un risc afectiv fundamental pentru copil. Tatăl sau mama absenţi nu pot fi înlocuiţi, după cum nu pot fi înlocuiţi nici părinţii nevrozaţi, care nu sunt suficient de conştienţi de condiţia lor şi de repercusiunile acesteia asupra dezvoltării propriului copil, pentru a accepta ajutorul

psihoterpeutic sau psihiatric. Totuşi, serviciile de protecţie a copiilor pot da, la momentul potrivit, sfaturi oportune privitoare la educarea copilului, măcar pentru o parte a zilei, o ambianţă stabilă din punct de vedere emoţional, într-un centru recreativ, o creşă sau grădiniţă. Dificultăţile mediului familial pot constitui adesea un motiv pentru admiterea la şcoală, a unui copil, înainte de a împlini vârsta şcolară normală.

Oricare ar fi handicapul de care suferă copilul, este primordial ca tratamentul să aibă drept obiectiv, chiar de la început, obligaţia de a preveni deficienţele afective secundare.

În domeniul afectiv, scopul final este de a permite copilului handicapat să ducă o viaţă cât mai apropiată de cea normală, ţinându-se seama de limitele impuse de starea sa şi acceptându-se faptul că el este diferit de ceilalţi, fără a le fi neapărat inferior. Sarcina ce le revine tuturor celor care se ocupă de copil constă în crearea, în colaborare, pentru acesta, a unui mediu care să-i ofere mijloacele indispensabile de dezvoltare afectivă normală, identice celor de care are nevoie copilul normal: stabilitate, afecţiune, aprobare, disciplină şi autoritate, stimularea vorbirii articulare şi, evident, dreptul şi posibilitatea de a se exprima. Fiecare din aceste elemente trebuie adaptat circumstanţelor speciale care rezultă din handicapul copilului.

Conform reglementărilor în vigoare, statele trebuie să asigure furnizarea de servicii de reabilitare a persoanelor cu handicap, pentru ca acestea să poată ajunge şi să poată păstra nivelul optim de independenţă şi funcţionalitate. De asemenea, acestea trebuie să dezvolte programe naţionale de reabilitare pentru toate grupurile de persoane cu handicap. Asemenea programe trebuie să se bazeze pe programele actuale ale persoanelor cu handicap şi pe principiile deplinei participări şi ale egalităţii, trebuie să includă o largă paletă de activităţi, cum ar fi formarea aptitudinilor de bază, pentru a-şi îmbunătăţi sau a compensa o funcţie afectată, sfătuirea persoanelor cu handicap şi a familiilor lor, dezvoltarea încrederii de sine şi

organizarea de servicii ocazionale, cum ar fi cele de evaluare şi îndrumare. Toate persoanele cu handicap, inclusiv persoanele cu incapacităţi severe şi/sau multiple, care necesită reabilitare, trebuie să aibă acces la aceasta.

Persoanele cu handicap şi familiile lor trebuie să fie capabile să participe la proiectarea şi organizarea serviciilor de reabilitare care se referă la ei în mod direct.

Toate serviciile de reabilitare trebuie să fie accesibile în comunităţile locale, acolo unde locuiesc persoanele cu handicap. În anumite situaţii, în scopul de a obţine anumite obiective legate de instruire, ar putea fi organizate cursuri speciale, limitate în timp şi în situaţii rezidenţiale. Persoanele cu handicap şi familiile lor trebuie să fie încurajate să se implice în programele de reabilitare, de exemplu ca profesori, instructori sau consilieri.

Statele trebuie să se bazeze pe experienţa organizaţiilor persoanelor cu handicap atunci când formulează sau evaluează programe de reabilitare, trebuie să asigure înfiinţarea şi dezvoltarea serviciilor de sprijin, inclusiv instrumentele de asistenţă a persoanelor cu handicap, să le sprijine pentru sporirea nivelului de independenţă în viaţa de zi cu zi şi în exercitarea drepturilor lor; trebuie să se asigure furnizarea dispozitivelor de asistare a instrumentelor şi a echipamentelor aferente acestora, însoţitorilor şi serviciilor de interpretare, după necesităţile persoanelor cu handicap, ca o măsură importantă în favoarea egalizării şanselor.

Toate persoanele cu deficienţe mintale, indiferent de natura sau de gradul lor de incapacitate, au dreptul la o educaţie adecvată, gratuită, adaptată nevoilor şi posibilităţilor lor. Educaţia şcolară trebuie să permită persoanelor handicapate:

- să atingă un nivel de dezvoltare cât mai ridicat posibil;
- să capete dorinţa de a învăţa, utlizând ajutoarele ce facilitează studiul;

- formarea socială şi pregătirea pentru o viaţă autonomă, în cooperare cu părinţii şi personalul didactic;

Obiectivele vizate şi mijloacele folosite pentru a asigura educaţia trebuie înscrise într-un proiect individual adaptat posibilităţilor şi dorinţelor fiecărui copil în parte. Familia copilului trebuie să se asocieze cât mai mult posibil, într-un mod activ, la elaborarea acestui proiect, la realizarea sa, la îndeplinirea şi la evaluarea sa; aceasta trebuie, în consecinţă, informată despre evoluţia copilului şi susţinută atât cât este necesar.

Ţinând seama de principiul intervenţiei precoce, este în interesul copilului:

- să obţină asistenţă medico-educativă de nivel preşcolar, în special de fiecare dată când aceasta permite şcolarizarea ulterioară a copilului;

- să frecventeze foarte devreme clasele preşcolare şi şcolare.

Atunci când copilul nu poate frecventa o grădiniţă de copii obişnuită, e necesar a-i da un ajutor educativ precoce, fie la domiciliu, fie în instituţii speciale, de exemplu în grădiniţele de copii, speciale. Unităţile de învăţământ special şi de formare profesională trebuie:

- să fie organizate în număr suficient;

- să fie echipate tehnic, pe plan colectiv şi individual;

- să dispună de personal de învăţământ specializat;

- să fie deschise în raport cu şcolile obişnuite;

- să fie legate de şcolile obişnuite prin sisteme de cooperare.

În cazul când copilul trebuie dat în sarcina unei instituţii cu internat, aceasta trebuie să aibă un caracter familial. În vederea remedierii aversiunii prelungite a copilului, este oportun să fie încredinţat sub plasament familial. Este de dorit a facilita menţinerea legăturilor regulate cu părinţii.

În procesul de învăţământ, elevii trebuie să aibă acces la programe şi resurse, ca cele de orientare profesională şi de alte sisteme de susţinere, care să le permită să se pregătească pentru activitatea ulterioară. Legătura dintre educaţia şcolară, formarea profesională şi activitatea practică trebuie să fie asigurată în cursul educaţiei şcolare prin evaluări de orientare profesională obişnuite sau specializate. În timpul educaţiei şcolare, copilul trebuie să dispună de resurse de readaptare medicală sau funcţională. Tinerii cu deficienţe mintale trebuie să beneficieze, pe parcursul formării, de o acţiune pedagogică specială, concepută sub formă de educaţie permanentă. O atenţie deosebită trebuie acordată educaţiei adulţilor, în ceea ce priveşte persoanele handicapate mintal. Educaţia adulţilor trebuie să prevadă un evantai foarte larg de posibilităţi, care să cuprindă învăţarea gesturilor de bază şi de educaţie specială.

Mulţi copii suferă de pe urma dificultăţilor la învăţătură şi de aici decurg cerinţele pentru o educaţie specială într-o perioadă a activităţilor şcolare. Şcolile trebuie să găsească metode de a educa cu succes toţi copiii, inclusiv pe cei care suferă de dificultăţi şi incapacităţi grave. Există un consens tot mai evident că tinerii şi copiii cu cerinţe speciale trebuie incluşi în facilităţile educaţionale destinate majorităţii. Aceasta a condus la conceptul de şcoală integrativă. Problema principală care preocupă şcoala integrativă este aceea a pedagogiei „centrate asupra copilului”, aptă de a obţine succese în educarea tuturor copiilor, inclusiv a acelora cu grave dificultăţi şi incapacităţi. Meritul unor astfel de şcoli constă nu numai în capacitatea de a oferi o educaţie de calitate pentru toţi copiii. Înfiinţarea acestora este un pas important în tentativa de schimbare a atitudinilor discriminatorii, în crearea de comunităţi primitoare şi în constituirea unei societăţi integrative.

Şcolile integrative oferă condiţiile cele mai favorabile dezvoltării şi realizării egalităţii de şanse şi a deplinei participări la viaţa socială, dar succesul acestora necesită un efort

concertat, nu numai din partea profesorilor şi a personalului şcolii, ci şi din partea familiilor şi a voluntarilor.

Principiul fundamental al şcolii integrative este acela că toţi copiii trebuie să înveţe împreună; acest lucru este oricând posibil, indiferent de dificultăţile pe care le întâmpină sau de diferenţele dintre aceştia. Şcoala integrativă trebuie să recunoască şi să reacţioneze la diversele cerinţe ale elevilor săi, armonizând atât diferitele stiluri de a învăţa cât şi diferitele grade de reuşită şcolară şi având, în plus, obligaţia să asigure o educaţie de calitate pentru toţi, prin programe de învăţământ adecvate, bună organizare, strategii didactice corecte, folosirea optimă a resurselor şi parteneriatul cu ceilalţi membri ai comunităţilor în care funcţionează. Trebuie să existe un sprijin pentru educaţia specială şi servicii adecvate care să acţioneze continuu în fiecare şcoală.

În şcolile integrative, copiii cu cerinţe în domeniul educaţiei speciale trebuie să primească întregul sprijin suplimentar de care au nevoie pentru o educaţie corespunzătoare. Şcolile integrative sunt cel mai eficient mijloc de creare a solidarităţii între copiii cu cerinţe speciale şi semenii lor. Repartizarea copiilor în şcoli speciale sau clase ori secţii speciale într-o şcoală, pe timp nelimitat, trebuie să constituie o excepţie, această soluţie urmând să fie recomandată numai în acele rare cazuri în care s-a demonstrat cu claritate că educarea în clase obişnuite nu poate veni în întâmpinarea necesităţilor educaţionale sau sociale ale copilului, sau atunci când această soluţie se impune spre binele copilului în cauză sau al celorlalţi.

Analiză de cazuri

Cazul B.A.: clasa a VIII-a, EC = 15 ani, 7 luni

Performanţe psihometrice: Cota Raven – 33; C.I. BINET – 74; la proba de aptitudini obţine nota 9, nivel de aspiraţie scăzut. Reuşita şcolară: limba română 9,33; aritmetică: 8,40; lucrări practice: 9.

Ocupaţia părinţilor muncitori necalificaţi în cadrul societăţii „Sometra".

În procesul de formare a deprinderilor, pe parcursul întregului experiment, obţine în medie la toate situaţiile de motivaţie o realizare de 301,5 operaţii / 30 de minute.

Eleva B.A. provine dintr-o familie modestă, cu doi copii; părinţii elevei au o pregătire şcolară medie (7-8 clase), dar cu stare materială bună (casă particulară, maşină, grădină, etc.), eleva urmează o şcoală normală, o şcoală în cadrul învăţământului de masă unde rezultatele sunt mediocre până în clasa a IV-a când eleva întâmpină greutăţi la materiile importante cum ar fi aritmetica, istoria, geografia şi ştiinţele naturii. An de an promovează şcoala tot mai greu având note la limită reuşind să termine 6 clase în învăţământul de masă. Pentru că n-a mai putut continua aşa, cu ajutorul părinţilor, este trimisă la şcoala ajutătoare în clasa a VII-a. Eleva este aparent indiferentă la ce se întâmplă în jurul său. Este o elevă foarte puţin vorbăreaţă şi rare ori schiţează câte un zâmbet. Eleva nu este obişnuită cu atitudinea cadrelor didactice din învăţământul special care sunt diferite faţă de cadrele didactice pe care le-a cunoscut în învăţământul de masă. Sarcinile extra-clasă sunt necunoscute pentru ea şi nu participă la ele din teamă că nu poate sau nu se pricepe. La începutul şcolarizării în învăţământul special, în activitatea pe care o desfăşoară eleva, este perseverentă, conştiincioasă şi harnică. Pentru ea lauda şi încurajarea s-au dovedit a fi cele mai eficiente. Deşi ea este a doua din clasă, se subapreciază, fiind obişnuită cu învăţământul de masă. Elevei

îi este mereu frică de insucces, iar nivelul de aspiraţie al ei este scăzut. Fiindu-i mereu frică de insucces la lecţii nu răspunde, aparent dând dovadă de că nu ştie, vorbind cu teamă şi la insistenţa profesorului (hai, spune că ştii; hai spune; hai spune că este bine ce spui; ştiu că ştii, etc.)

Eleva fiind speriată de ceilalţi elevi care râdeau de ea preferă singurătatea sau compania elevelor mai puţin zgomotoase. Eleva se inhibă la cea mai mică observaţie din partea adulţilor. Această oboseală, fragilitate a sistemului nervos, se datorează, după părerea noastră, efortului depus la insistenţele familiei de a face faţă cu orice preţ învăţământului de masă. Insuccesele continue au demobilizat-o, ajungând la pierderea încrederii în posibilităţile proprii.

Folosirea diferitelor forme de stimulare şi încurajare pe parcursul şcolarizării în şcoala ajutătoare, succesele obţinute au avut, în cazul de faţă, eficienţă, obţinându-se o îmbunătăţire a mediului de aspiraţie şi un comportament mai adecvat. Dacă şcolarizarea începea mai repede, eleva bucurându-se în acelaşi timp de un suport moral din partea din partea familiei, pronosticul era favorabil.

Trebuie să ne gândim, în general, la ce este mai bine pentru copiii noştri şi să nu le pretindem ceea ce ei nu pot fi.

Cazul G.L.M.: clasa a VII-a; EC = 14 ani, 7 luni.

Performanţe psihometrice**:** Cota Raven – 36, C.I. BINET – 73.

La proba de aptitudini eleva G.L.M. obţine nota 9,66; nivelul de aspiraţie ridicat. Reuşita şcolară: limba română 9,23; aritmetică 8,44; lucrări practice 9.

Ocupaţia părinţilor: tata – lăcătuş mecanic; mama – croitoreasă.

Eleva G.L.M. provine dintr-o familie modestă, cu venituri medii. Părinţii o trimit la şcoală în învăţământul de masă. Aici ea este considerată o elevă dificilă, din punct de vedere intelectual, dar mai ales prin tulburările de comportament (furtul de bani din casă, fuga de la şcoală, fuga de acasă, fuga de lecţii, furturi din clasă, de la colegi, etc.). Cu ajutorul mamei, eleva G.L.M. este adusă la o şcoală ajutătoare în clasa a V-a. Mama explică cadrelor didactice din această şcoală că fetiţa fură din casă chiar de sub ochii ei, îi aruncă mâncarea la pat „ca mama să moară de foame”, o minte, etc.; mama elevei, foarte îndurerată, spune cadrelor didactice să ferească tot de eleva G.L.M. pentru că fură, minte, este răutăcioasă, linguşitoare, leneşă, vagabondează, etc.

Eleva G.L.M. a fost primită în cadrul învăţământului special considerând că avem de-a face cu o deficienţă numai sub aspect comportamental. Ea a fost pusă sub observaţie şi investigaţie în scop de diagnosticare de aplicare a psihoterapiei de depistare a cauzelor ce au dus la acest comportament. În urma investigaţiilor se constată cota Raven 22; C.I. Binet – 60, iar la proba Rey obţine performanţe în limitele debilităţii mintale. Pentru îndreptarea comportamentului cadrele didactice s-au folosit de toată măiestria psihopedagogică şi au hotărât menţinerea în şcoală a elevei. Urmărindu-i-se comportamentul fără ca ea să sesizeze acest lucru, i s-a acordat încredere, diferite responsabilităţi, sprijinindu-se pe aspecte mai puţin deficitare; este curată şi îngrijită, îmbrăcată cât se poate de frumos; obţine unele rezultate bune, într-o direcţie sau alta, este silitoare la învăţătură, activă în activităţile organizate în afară de clasă, are o psiho-motricitate bună prin asigurarea zi de zi a sentimentului succesului, urmat de laudă, încurajare. Concluzionând, putem spune că eleva s-a schimbat substanţial comportamentul. Aceasta nu a mai fugit de la ore, minciuna a devenit mai degrabă o confabulaţie specifică deficienţilor mintali. Manifestările de furt au continuat să apară ca

reacţii la rigiditatea afectivă a familiei, care, având la bază faptele săvârşite de elevă, nu acordă încredere niciodată, nu-i apreciază faptele pozitive; indiferent de ce face răsplata este aceeaşi (iar minţi, iar ai furat ceva, iar n-ai fost la şcoală, etc.). Comportamentul elevei este diferit la şcoală faţă de acasă. La şcoală eleva îşi confesează faptele, bune sau rele, unei profesoare care a reuşit să-i câştige încrederea. Acasă mama îi reproşează tot timpul despre nereuşitele ei.

Din dorinţa de a-şi câştiga încrederea şi de a fi agreată de mediul său şcolar (cadre didactice şi colegi), eleva este uneori linguşitoare.

Venind la şcoala ajutătoare eleva şi-a îmbunătăţit performanţele şcolare, iar la sfârşitul clasei a VII-a a obţinut premiul al II-lea. Tot aici, la această şcoală, şi nivelul său şcolar se îmbunătăţeşte. Pe seama încrederii pe care eleva o are în şcoală („până şi eu") pune şi reuşita în puterea de influenţare a preferinţei profesionale.

La începutul experimentelor eleva opta pentru profesiunea de cofetar, bucătar, ospătar, având ca argument câştigul material în bani şi alimente. În urma unor experimente, în care s-a explicat copiilor cu deficienţă mintală despre frumuseţea meseriei de zidar şi croitor, eleva G.L.M. optează pentru ţesătorie.

În argumentarea ei, eleva spune că doreşte să devină croitoreasă deoarece este o muncă uşoară, se poate face la Sibiu şi se poate câştiga salar cinstit dacă este harnică. Realizările elevei au crescut simţitor de-a lungul desfăşurării experimentului, iar lauda şi încurajarea au fost cele mai bune stimulente venite din partea cadrelor didactice.

Sfaturile asociate cu alte metode plus un tratament adecvat au avut influenţe favorabile în corectarea comportamentului elevei. Efortul cadrelor didactice ale şcolii de

învăţământ special nu au fost de prisos, iar schimbarea elevei nu se putea face dacă nu venea la această şcoală.

Cazul B.N.: clasa a VII-a; EC = 14 ani, 5 luni.

Performanţe psihometrice: cota Raven – 30; C.I. – Binet – 69; la proba de aptitudine elevul obţine 9,22; nivel de aspiraţie ridicat.

Reuşita şcolară: limba română 6,66; aritmetică 7,33; lucrări practice 8.

Ocupaţia părinţilor: tata – infractor recidivist, mama – infirmieră (familie dezmembrată).

Elevul B.N. este cel de-al doilea copil al acestei familii dezmembrate fiind dat în grija mamei. Mama neputând avea grijă de el până la vârsta de 7 ani este dat în grija bunicilor sau mătuşilor. Clasele primare în învăţământul de masă le promovează cu notă la limită, iar în clasa a IV-a rămâne repetent un an. Elevul B.N. este adus la şcoala ajutătoare. Succesele pe care le obţine elevul sunt determinate de conştiinţa de care dă dovadă. În scurt timp elevul se acomodează cu cerinţele acestei şcoli. Mama mulţumită de rezultatele copilului se ocupă de el, îl vizitează, ia legătura cu şcoala. Elevul B.N. ajunge în scurt timp printre fruntaşii clasei.

Când elevul mergea bine cu şcoala, se întoarce tatăl său din detenţie, fiind un infractor recidivist, acuzat de parazitism, viciat alcoolic. Astfel, în clasa a VI-a copilul va lua legătura cu tatăl.

Elevul B.N. se întâlneşte cu tatăl său într-o pauză mare şi este luat acasă, îl duce la cinematograf, la plimbare, la cofetărie, schimbându-i astfel comportamentul copilului de la o zi la alta. Schimbarea comportamentului în sens negativ îl determină pe elevul B.N. să facă

absenţe la şcoală, să fie indiferent faţă de activităţile organizate în şcoală, să fie izolat, să fie încăpăţânat, dar cel mai grav, că într-o zi, ajutat de tatăl său, fură o bicicletă.

La orele de atelier întârzie, are o lipsă de preocupare faţă de realizarea sarcinii încredinţate, are o rea voinţă, este leneş, atenţia lui este deficitară. Depune interes pe parcursul desfăşurării experimentelor, doar în situaţia de câştig şi competiţie.

După puţin timp tatăl este din nou arestat. În anul următor, nemaifiind influenţat de tatăl infractor, elevul B.N. îşi revine la starea avută înainte. El participă la activitatea şcolii, reuşeşte să schiţeze unele aprecieri critice faţă de comportamentul său.

B I B L I O G R A F I E

1.	Allport, G.W. (1974), *Structura şi dezvoltarea personalităţii,* Neuchatel, Suisse.
2.	Băndilă, A., Rusu, C. (1999), *Handicap şi readaptare; Dicţionar selectiv,* Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate”.
3.	Ene, L., Ionescu, L., Mânzat, B., Niculcea, D., Păunescu, C., Petrescu, M., Popovici, D. (1997), *Terapia educaţională integrată,*Bucureşti, Ed.„Pro Humanitate.
4.	Arcan, P., Ciumăgeanu, D. (1980), *Copilul deficient mintal*, Timişoara, Ed. „Facla”.

5.	Golu, M., Popescu - Neveanu, P. (1970), *Sensibilitatea,* Bucureşti, Ed. Ştiinţifică.
6.	Ionescu, G. (1990), *Psihoterapie,* Bucureşti, Ed. Ştiinţifică.
7.	Păunescu , C., Muşu, I. (1997), *Psihopedagogie specială integrată: Handicapul mintal; handicapul intelectual*, Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".
8.	Păunescu, C., Stan, F. (1976), *Studii de Psihopedagogia învăţării la copiii normali şi handicapaţi intelectual*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
9.	Păunescu,C., Muşu, I. (1990), *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal,* Bucureşti, Ed. Medicală.
10.	Păunescu,C. (1976), *Deficienţa mintală şi procesul învăţării,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
11.	Păunescu,C. (1983), *"Copilul deficient" cunoaşterea şi educarea lui,*Bucureşti*,* Ed. Ştiinţifică.
12.	Popescu -Neveanu,P., Zlate, M., Creţu , T. (1995), *Psihologie, manual pentru cls. a X-a Şcoli normale şi licee,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A.
13.	Popescu-Neveanu, P. (1978), *Dicţionar de Psihologie,* Bucureşti, Ed. Albatros.
14.	Predescu, V. (1976), *Psihiatrie,* Bucureşti, Ed. Medicală.
15.	Purcia, D.C. (2002), *Defectologie* (suport de curs), Sibiu, Ed. „Alma Mater".
16.	Radu, Gh. (2000), *Psihopedagogia şcolarilor cu handicap mintal,* Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".
17.	Radu, I. (2000), *Educaţia psihomotorie a deficienţilor mintal,*Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".
18.	Roşca, M. (1967), *Psihologia deficienţilor mintali,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
19.	Rusu,C. (1997), *„Deficienţă, incapacitate, handicap",Ghid fundamental pentru protecţia, educaţia specială, readaptarea şi integrarea socio-profesională a persoanelor în dificultate*, Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".
20.	Rusu,C., Hâncu,V.,Carantină, D., Leca, M.,Teodoru,V. (1997), *Deficienţă, incapacitate*, *handicap - ghid fundamental*, Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".
21.	Sima, M. (2004), *Frustraţia şi conflictul la adolescenţii cu debilitate mintală*,

	comparativ cu adolescenţii normali, Bucureşti, Teză de doctorat.
22.	Sima, I. (1998), *Psihopedagogie, vol. I şi II*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică R.A.
23.	Ţârcovnicu, V. (1975), *Pedagogie generală,*Timişoara, Ed. „Facla".
24.	Verza, E. (1996), *Psihopedagogie specială*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
25.	Zazzo, R. (1979), *Debilităţile mintale,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
26.	Zlate, M. (2000), *Fundamentele psihologiei,*Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".

3.4. Câteva aspecte privind cumulul de deficienţe / polihandicapul

În literatura de specialitate problema cumulului de deficienţe este în mică măsură analizată, deoarece numărul persoanelor cu asemenea deficienţe este redus. La toate handicapurile analizate am subliniat existenţa unor handicapuri în afara principalului handicap. De această dată avem în vedere asocierea unor handicapuri fundamentale, ce sunt însoţite de o multitudine de tulburări. Metodologia educaţional-recuperativă a acestor handicapaţi este diferită faţă de celelalte forme de handicap.

Surdo-cecitatea este asocierea dintre deficienţa de auz şi deficienţa de vedere. Această asociere produce grave dereglări în modul de viaţă a individului, deoarece principalele canale de relaţie cu mediul înconjurător sunt deteriorate, fiind afectaţi principalii analizatori (văz, auz şi verbo-motor). Această situaţie presupune adoptarea unor programe educaţional-recuperative speciale, în care trebuie mobilizate/antrenate simţurile valide în vederea compensării funcţiilor analizatorilor afectaţi.

Pentru polihandicapul surdo-mutitate/cecitate, metodologia educaţională utilizată de către cei mai mulţi specialişti implică următoarele etape: cunoaşterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însuşirea gesticulaţiei, formarea capacităţii de folosire a semnului tactil, formarea deprinderilor de citire şi scriere, formarea capacităţii de comunicare verbală. Aceste etape sunt presărate cu secvenţe specifice fiecărui handicapat, avându-se în vedere particulartăţile psihoindividuale. Toate activităţile desfăşurate cu această categorie de handicapaţi trebuie să se defăşoare cu o mare încărcătură afectivă pozitivă, care degajă încredere, optimism şi perseverenţă.

Autismul rămâne unul din conceptele cele mai controversate, datorită următoarelor explicaţii:

- varietatea simptomelor psihologice apar pe fondul unor diversităţi de structură citoarhitectonică relativ specifică;

- autismul a fost şi este obiectul de studiu a mai multor disciplie: psihopedagogie specială, psihologie, psihiatrie, psihologie clinică, pedagogie, logopedie etc., ceea ce a dus la o abordare centrată pe un anumit tip de evaluare şi intervenţie în scop de recuperare;

- delimitarea specificităţii autismului presupune investigaţii riguroase sau datorită existenţei unor factori nocivi existenţi şi în alte forme de handicap, în stadiul actual al ştiinţelor, delimitarea absolut necesară nu se poate realiza;

- acţiunea de diagnoză şi prognoză este dificil de realizat, datorită faptului că evoluţia comportamentală şi structurarea activităţii psihice, în concordanţă cu progresele şi regresele realizate sub influenţa proceselor educaţional-recuperative, sunt foarte complicate şi diferite de la un caz la altul.

Creatorul termenului de „autism”, E. Bleuler defineşte autismul ca fiind „o detaşare de la realitatea însoţită de o predominare a vieţii interioare” (etiologia cuvântului, grecescul „autos” care înseamnă „însuşi” sau „Eul propriu”. În accepţiunea lui Leon Kanner, autistul este „retras, mulţumit de sine însuşi”.

Comparativ cu alte handicapuri, se apreciază că autismul are o frecvenţă similară cu cea a surdităţii şi mai mare decât cecitatea, iar frecvenţa este mai mare la băieţi, faţă de fete şi există un număr mai mare de autişti printre copiii unici sau a primilor născuţi.

Prin centralizarea unor caracteristici obţinute prin psihodiagnoza diferenţială au fost elaborate trei categorii de teorii distincte ce contribuie la explicarea autismului:

- teorii organice – potrivit cărora autismul se datoreşte unor disfuncţii organice de natură biochimică sau de dezvoltare structurală insuficientă a creierului;

- teorii psihogene – consideră autismul ca un fenomen de retragere psihogică faţă de tot ceea ce este perceput rece, ostil şi pedepsitor (părinţi care au relaţii reci cu copilul, care conduc la anumite disfuncţii psihologice în sfera emoţională, cognitivă, când dificultăţile utilizării simbolurilor devin dominante în tulburările limbajului etc.);

- teorii comportamentale – sunt în strânsă legătură cu cele psihogene, deoarece implică întotdeauna componente de ordin psihologic. Potrivit acestor teorii, autismul infantil ar lua naştere dintr-un şir de comportamente învăţate care se formează în urma unor serii întregi de recompense şi pedepse întâmplătoare, care se menţin prin aceleaşi recompense şi pedepse ce se repetă în condiţii relativ asemănătoare sau percepute de către copil ca fiind similare.

Autismul este o tulburare complexă, astfel încât fiecare caz particular se poate constitui într-o adevărată identitate specifică. În toate palierele activităţii psihice se produc manifestări multiple, fapt ce subliniază complexitatea autismului.

Astfel, apar dificultăţi de limbaj şi comunicare, care se manifestă de timpuriu, prin lipsa unei relaţii adecvate în vorbire, nu răspund la comenzile verbale, nu pot fi stimulaţi să comunice, vorbesc cu mare întârziere şi cu multe greşeli de pronunţie. Vocabularul sărac şi frecventele tulburări de voce determină o vorbire economicoasă, lipsită de intonaţie şi flexibilitate, dezagreabilă. Când autismul se manifestă într-o formă mai puţin evidentă în mica copilărie, dar debutează pregnant în jurul vârstei de 10 ani, are loc un regres în plan verbal şi se ajunge la instalarea treptată a refuzului de a comunica cu cei din jur .

Discontinuitatea în dezvoltare şi învăţare este evidentă şi specifică (se întâmplă ca autistul să nu poată număra, dar în schimb manifestă abilităţi în realizarea operaţiei de înmulţire sau manifestă dificultăţi în învăţarea literelor, dar dovedesc o oarecare uşurinţă în învăţarea cifrelor.

Deficienţele perceptuale şi de relaţionare sunt uşor sesizate încă de la naştere, autistul dovedindu-se ca un plângăcios, agitat în majoritatea timpului, prezentând agitaţie însoţită de ţipete sau este inhibat, fără interes de a cunoaşte lumea înconjurătoare. Unii autişti manifestă o oarecare plăcere la pipăirea obiectelor, manipularea îndelungată a unui obiect, alţii dimpotrivă, au reacţii negative faţă de atingerea obiectelor.

Prin aplicarea unor teste verbale şi perceptual-motorii se constată că autiştii se menţin în limitele deficienţelor mintale.

Tulburările acţionale şi comportamentale sunt cele mai spectaculoase. Acţiunile şi comportamentele autiştilor sunt bizare, stereotipe, tendinţă de automutilare şi autodistrugere

prin acţiuni de mişcare a unor părţi ale corpului până la epuizare, lovirea cu pumnul a diferitelor părţi ale corpului. De asemenea, în comportamentul autiştilor sunt prezente şi acţiuni de autostimulare, care se realizează prin mai multe căi: frecarea cu mâna a lobului urechii sau legănatul înainte şi înapoi (pe cale kinestezică), lovirea coapsei cu dosul palmei (cale tactilă), plesnitul din limbă sau emiterea unor sunete neâncetat (calea auditivă), privirea îndelungată a degetelor sau învârtirea unui obiect în faţa ochilor (calea vizuală). Execută stereotip rotirea braţelor, învârtirea pe loc fără să ameţească, mersul pe vârfuri etc., nevoia de somn este foarte redusă iar somniferele nu-şi fac efectul, reacţii diminuate la durere şi frig etc.

Disfuncţionalităţile proceselor, însuşirilor şi funcţiilor psihice se referă la întreaga activitate psihică:

- în planul afectiv- motivaţional se manifestă de timpuriu lipsa de interes pentru contactul social, indiferenţă la trăirile celor din jur, se ataşează de obiecte fără nici o semnificaţie (cutii goale, cioturi de creion, bucăţele de hârtie), teamă patologică de lucruri obişnuite, nu privesc în faţă persoanele din jur şi astfel lasă impresia că ascund ceva, deşi ei nu ştiu să mintă, imaturitatea afectivă se manifestă printr-un infantilism specific deficienţei mintale, se manifestă tendinţa de izolare, de închidere în Eul propriu, devin furioşi în locuri aglomerate etc.;

- nivelul gândirii şi inteligenţei rezultă din modul în care desfăşoară activităţile ludice. Autistul adoptă un joc de tipul specific sugarului, manipulând obiectele şi nu are capacitatea de a acorda simbol jucăriei.Autismul se asociază, în multe privinţe, cu formele deficienţei mintale severe. Dificultăţile de înţelegere a unor situaţii reale împiedică formarea de concepte, neputând utiliza abstractizarea şi generalizarea. Memoria este mecanică (la cei care pot vorbi), reproduc expresii verbale auzite în diverse împrejurări, recunosc uneori o melodie

ascultată cândva, recunosc o încăpere în care au mai fost etc. Nu manifestă atenţie atunci când i se vorbeşte sau când în jurul său se produc evenimente cu o anumită semnificaţie, pentru că nu înţelege sensul acestora şi nu surprinde simbolistica lingvistică.

La baza performanţelor copiilor autişti şi a celor normali stau mecanisme diferite de prelucrare a informaţiilor.

La autişti sunt afectate relaţiile interumane, reciprocitatea interpersonală şi cunoaşterea socială, fapt pentru care întreaga personalitate are de suferit. Diferenţierea autismului de alte handicapuri este dificil de realizat în lipsa unor rezultate evaluative din punct de vedere psiho-medical, întrucât în unele privinţe autistul se apropie de comportamentul unor handicapaţi, iar în alte privinţe de manifestările altor categorii de deficienţi, fără a pierde din vedere şi particularităţile specifice deficienţei sale.

Având în vedere cele afirmate mai sus, considerăm că fiecare autist are particularităţi specifice, ceea ce presupune necesitatea elaborării unor programe educaţional-recuperative diferenţiate şi adaptate cazurilor particulare.

B I B L I O G R A F I E

	Damaschin, D., (1973), Defectologie. *Teoria şi practica compensaţiei,*

1.	Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.
2.	Muşu, I., (1991), *Problematica curriculum-ului pentru învăţământul special*, Bucureşti, în: „Revista de educaţie specială”, nr.l.
3.	Popovici, D.,V., (1999), *Elemente de psihopedagogia integrării,* Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate”.
4.	Sima, I., (1998), *Psihoterapie aplicată unei tinere deficiente mintal cu mutism electiv,* Bucureşti, în „Psihopedagogie”, vol.I, coord. Sima I., Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A.

CHESTIONAR DOCIMOLOGIC
la disciplina” PSIHOPEDAGOGIA DEFICIENTILOR MINTAL”

1.In ce an a luat fiinţă în România , prima Şcoală Specială,localitatea şi ce deficienţi cuprindea ?
2.Enumeraţi unităţile de educaţie specială, cuprinse în Sistemul de Învăţământ din România.
3. În ce constă deosebirea dintre „segregaţionişti”, şi „integralişti” privind instruirea şi educarea copiilor ?
4.Care este deosebirea dintre o „probă psihologică” şi un „test psihologic” ?
5.Enumeraţi minim 3 factori prenatali ai deficientei mintale .
6. Enumeraţi minim 3 factori perinatali ai deficientei mintale.
7. Enumeraţi minim 3 factori postnatali ai deficientei mintale.
8. Realizaţi o clasificare a deficienţei mintale în funcţie de gravitate.
9.Ce se înţelege prin „HETEROCRONIE” (în accepţiunea lui R.Zazzo)?
10.Cum defineşte B.Inhelder,”VÂSCOZITATEA GENETICĂ”?
11.Cum se defineşte caracteristica numită *fragilitatea construcţiei personalităţii la deficientul mintal (*R..Fau *)*
12. Ce caracteristica a deficientei mintale este considerata de M.Roşca (1967) ca fiind de o rigiditate pronunţată?

13. Cum explică E.Verza *fragilitatea şi labilitatea conduitei verbale la debilul mintal?*
14. Care este deosebirea dintre „debilitatea endogenă” şi „debilitatea patologică”?(După M.Chiva) ?
15.Realizati o clasificare a def.mintale (Dupa I.Drutu).
16.Care sunt cele trei grupe clinice de pseudodebilitate mintală (După J.L.Faure)?
17.Enumerati minim 5 forme ale pseudodebilitatii mintale (din cele enumerate de Grace Arthur si de L.Moor,)
18.Care sunt cele 3 forme ale Idioţiei amaurotice ?
19.Cum se numesc sindroamele determinate de perturbarile metabolismului de carbon?
20. Enumerati cateva din formele xerodermice ale întârzierii mintale.
21. Enumerati cateva din formele atipice ale întârzierii mintale
22.Enumerati minim 5 particularităţi ale planului senzorial-perceptiv(senzaţii,percepţii,reprezentări) la persoanele cu intelect de limita si debilitate mintala.
23.Enumerati minim 5 particularităţi ale planului senzorial-perceptiv(senzaţii,percepţii,reprezentări) la persoanele cu def.mintala severa.
24.Enumerati minim 5 particularităţi ale planului senzorial-perceptiv(senzaţii,percepţii,reprezentări) la persoanele cu def.mintala profunda.
25.Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul cognitiv-comunicaţional în structura psihică a persoanelor cu intelect de limita si cu debilitate mintala(memorie,gândire,limbaj,imaginaţie,)
26.Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul cognitiv-comunicaţional în structura psihică a persoanelor cu def.mintala severa (memorie,gândire,limbaj,imaginaţie,).
27.Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul cognitiv-comunicaţional în structura psihică a persoanelor cu def.mintala profunda(memorie,gândire,limbaj,imaginaţie,)
28. Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul motivaţional-afectiv în structura psihică a persoanelor cu intelect de limită si cu debilitate mintala (componentele afectivităţii şi ale motivaţiei)

29. Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul motivaţional-afectiv în structura psihică a persoanelor cu def.mintala severa((componentele afectivităţii şi ale motivaţiei)

30. Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul motivaţional-afectiv în structura psihică a persoanelor cu def.mintala profunda(componentele afectivităţii şi ale motivaţiei)

31. Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul acţional- volitiv şi instrumental în structura psihică a persoanelor cu intelect de limita si cu debilitate mintala(Voinţa,aptitudini, dexteritatea manualã/ viteza/precizia ºi regularitatea miºcãrilor)

32. Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul acţional- volitiv şi instrumental în structura psihică a persoanelor cu def. mintala severa (Voinţa,aptitudini, dexteritatea manualã/ viteza/precizia ºi regularitatea miºcãrilor)

33. Enumerati minim 3 particularitati ale fiecarui proces psihic din subsistemul acţional- volitiv şi instrumental în structura psihică a persoanelor cu def. mintala profunda

(Voinţa,aptitudini, dexteritatea manualã/ viteza/precizia ºi regularitatea miºcãrilor)

34.Enumerati 1-2 particularitati ale principalelor structuri şi conduite perceptiv-motrice (schema corporală, lateralitatea, percepţia culorii şi formei, a spaţiului şi timpului) la persoanele cu intelect de limita si cu debilitate mintala.

35.Enumerati 1-2 particularitati ale principalelor structuri şi conduite perceptiv-motrice (schema corporală, lateralitatea, percepţia culorii şi formei, a spaţiului şi timpului) la persoanele cu def.mintala severa.

36.Enumerati 1-2 particularitati ale principalelor structuri şi conduite perceptiv-motrice (schema corporală, lateralitatea, percepţia culorii şi formei, a spaţiului şi timpului) la persoanele cu def.mintala profunda.

37. Recuperarea psihosocială a persoanelor cu intelect de limita si cu debilitate mintala.

38. Recuperarea psihosocială a persoanelor cu def.mintala severa.

39. Recuperarea psihosocială a persoanelor cu def.mintala profunda.

40.Realizati o autoevaluare-cat mai aproape de realitate-a raspunsurilor D-voastra pe o scala de la 1-10

RASPUNSURI LA CATEVA INTREBARI

In ce an a luat fiinţă în România , prima Şcoală Specială,localitatea şi ce deficienţi cuprindea ?

Prima şcoală specială din România a luat fiinţă în anul l831, la Dumbrăveni, şi cuprindea copii surdo-muţi.

Enumeraţi unităţile de educaţie specială, cuprinse în Sistemul de Învăţământ din România.

a) Grădiniţe speciale sau grupe de grădiniţă pe lângă şcolile speciale

b) Şcoli speciale generale cu clasele I-VIII,

c) Case de Copii (Centru de plasament) cu grădiniţă/şcoală specială;

d) Şcolile sau clasele din spitale (sanatorii, preventorii sau instituţii pentru copii cu tulburări neuropsihice).

e) Programe şi elemente de educaţie specială în instituţiile de ocrotire.

f) Centrele logopedice interşcolare, organizate de către Ministerul Educaţiei şi Cercetării şi a Inspectoratelor şcolare judeţene.

g) Clasele speciale constituite pe lângă şcolile de masă: clase pentru copii autişti, clase speciale de tip Waldorf etc.

În ce constă deosebirea dintre „segregaţionişti", şi „integralişti" privind instruirea şi educarea copiilor ?

-„integralişti" propun instruirea şi educarea deficienţilor alături de copiii cu dezvoltare psihică şi fizică normală, în cadrul învăţământului de masă,

-„segregaţioniştii",-instruirea si educarea deficientilor in unitati distinte

Care este deosebirea dintre o „probă psihologică" şi un „test psihologic" ?

Testele: sunt -probe psihologice care indeplinesc urmatoarele caracteristici:standardizare,validitate, etalonare,fidelitate cu mare răspândire pentru valoarea rezultatelor.

Enumeraţi minim 3 factori prenatali ai deficientei mintale .

Ereditatea, Infecţiile de natură virotică, Infecţiile de natură bacteriană: Infecţiile cu protozoare: Incompatibilitatea factorului Rh: Radiaţiile : Vârsta părinţilor:

Enumeraţi minim 3 factori perinatali ai deficientei mintale.

asfixia, prin ştrangulare cu cordonul ombilical; hemoragia (subdurală, subarahnoidală, intracerebrală, intraventriculară sau, mai rar, meningeală); traumatismele de natură mecanică; Prematuritatea, postmaturitatea,

Enumeraţi minim 3 factori postnatali ai deficientei mintale.

Neuro-infecţiile (meningite, encefalite); Traumele mecanice. Factorii nutriţionali şi toxici(Intoxicaţiile cu monoxid de carbon, arsenic şi plumb,etc.;); Traumatismele afective; Izolarea copilului de mediul social,

Realizaţi o clasificare a deficienţei mintale în funcţie de gravitate.

În funcţie de gravitatea deficienţei mintale distingem următoarele grade de manifestare a acesteia: Intelectul de limită sau liminal, Debilitatea mintală, Pseudodebilitatea mintală, Deficienţa mintală severă/handicapul de intelect-imbecilitatea, Deficienţa mintală profundă/handicapul de intelect profund-idioţenia

Ce se înţelege prin „HETEROCRONIE" (în accepţiunea lui R.Zazzo)?

-„heterocronie" definită ca o structură psihică specifică, în interiorul căreia fiecare element îşi dobândeşte o anumită semnificaţie. R.Zazzo, consideră că debilul mintal se dezvoltă, din punct de vedere psihologic, diferit de la un sector la altul. Heterocronia cea mai evidentă se poate remarca între dezvoltarea fizică şi cea mintală, între dezvoltarea somatică şi cea cerebrală. Diferitele funcţii psihice nu se dezvoltă în mod echilibrat

- heterocronia specifică deficienţilor mintal este acea caracteristică prin care aceşti deficienţi sunt nu numai întârziaţi în dezvoltarea lor, ci sunt şi dizarmonici în structura personalităţii, ceea ce înseamnă că întârzierea în dezvoltare se manifestă inegal la nivelul diferitelor paliere.

Cum defineşte B.Inhelder,"VÂSCOZITATEA GENETICĂ"?

Debilul mintal nu poate atinge stadiul gândirii formale, dată fiind nedeterminarea (psihică) construcţiei sale şi, de aici, prezenţa acestei vâscozităţi genetice ca trăsătură specifică. Debilul mintal nu poate recupera întârzierea sa în construcţie, ceea ce îl face să atingă numai stadiul operaţiilor concrete şi să rămână o perioadă mai lungă de timp decât normalul la nivelul punctelor fixate anterior. Aşadar, în plan psihic are loc o dezvoltare lentă, ori se produce stagnarea, fără ca persoana respectivă să poată atinge stadiile superioare. Deci, dezvoltarea rămâne neterminată, ducând la dificultăţi în achiziţiile instrumentale şi de adaptare. De aici, persistenţa elementelor anterioare cu

cele care intervin într-un stadiu superior, producând o coexistenţă falsă între nou şi vechi, exprimată prin conceptul de vâscozitate.

Cum se defineşte caracteristica numită *fragilitatea construcţiei personalităţii la deficientul mintal (*R..Fau *)*

-Atunci când solicitările depăşesc posibilităţile de răspuns se manifestă o altă caracteristică numită ***fragilitatea construcţiei personalităţii***. Operaţiile logice fiind la un nivel scăzut, nu facilitează constituirea de raporturi sociale stabile şi evolutive, deoarece predomină fragilitatea şi infantilismul în comportament. Fragilitatea poate fi disociată (cu manifestări de duritate, impulsivitate şi lipsă de control) şi mascată, ce apare la persoanele cu debilitate mintală care trăiesc într-un mediu securizant, făcând posibilă disimularea trăsăturilor negative.

Ce caracteristica a deficientei mintale este considerata de M.Roşca (1967) ca fiind de o rigiditate pronunţată?

M.Roşca (1967) consideră drept patognomonic pentru debilii mintal ***reacţiile stereotipe*** de o rigiditate pronunţată.

Cum explică E.Verza *fragilitatea şi labilitatea conduitei verbale la debilul mintal?*

Această caracteristică de specificitate este analizată prin raportarea la performanţele limbajului şi la conţinutul comunicării verbale (competenţa) faţă de situaţiile variate în care ea se desfăşoară. Relaţia respectivă se manifestă prin neputinţa debilului mintal de a exprima logic-gramatical conţinutul situaţiilor semnificative, de a se menţine la nivelul unui progres continuu şi de a-şi adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări. Retardurile şi tulburările de limbaj, cu o frecvenţă mare, accentuează conţinutul fragilităţii şi labilităţii conduitei verbale.

Care este deosebirea dintre „debilitatea endogenă" şi „debilitatea patologică"? (După M.Chiva) ?

-Debilii endogeni se prezintă aproape normali pe plan motor şi psihomotor, cei exogeni, datorită unor leziuni ale SNC, prezintă accentuate insuficienţe motorii şi psihomotorii, precum şi de structurare spaţio-temporală, de organizare perceptivă, de ritm etc.

-(debilitate endogenă sau debilitate mintală înnăscută) deveniţi adulţi, se adaptează mai bine decât debilii mintal „patologici" (debilitate exogenă sau debilitate mintală dobândită) la aceleaşi cerinţe sociale, iar deficienţa debililor mintal endogeni trece frecvent neobservată în mediul social. În acest sens, M.Chiva susţine că e mai legitim să vorbim despre „tablourile" debilităţii mintale, decât despre un tablou unic al debilităţii, deoarece ea poate fi „normală"

(determinată de un mecanism genetic normal) sau „patologică” (când factorii determinanţi nu pot fi asimilaţi unui mecanism genetic normal).

Realizati o clasificare a def.mintale (Dupa I.Drutu).

- Deficienţă mintală profundă – C.I. = 0 – 20/25;
- Deficienţă mintală severă – C.I. = 20/25 – 35;
- Deficienţă mintală moderată – C.I. = 35 – 50/55;
- Deficienţă mintală uşoară – C.I. = 50/55 – 70/75;
- Intelectul de limită – C.I. = 70 – 85.

Care sunt cele trei grupe clinice de pseudodebilitate mintală (După J.L.Faure)?

- pseudodebilitatea determinată şi însoţită de condiţii precare de mediu ,pseudodebilitatea mintală determinată şi însoţită de inhibiţia posibilităţilor receptive, pseudodebilitatea mintală determinată şi însoţită de dificultăţi specifice de natură lexicală, grafică, de calcul)

Enumerati minim 5 forme ale pseudodebilitatii mintale (din cele enumerate de Grace Arthur si de L.Moor,)

- pseudodebilitate cu inaptitudini specializate;
- pseudodebilitatea cu retarduri de limbaj, dar cu aptitudini nonverbale;
- pseudodebilitatea determinată de maladii, dar fără a opri dezvoltarea intelectuală;
- pseudodebilitatea mintală determinată de leziuni traumatice cerebrale ce antrenează deficite intelectuale specializate, dar cu alte sectoare intacte;
- pseudodebilitatea mintală cauzată de handicapuri fizice, de tulburări de auz sau de vedere care antrenează eşecuri şcolare.)
- retardaţi datorită mediului nefavorabil;
- retardaţi ca urmare a unei frecvenţe şcolare neregulate;
- copii cu reacţii neadecvate ca urmare a inhibiţiei, anxietăţii, autismului;
- instabili, incapabili de concentrare;
- copii cu sănătate precară;
- unii epileptici cu oscilaţii de eficienţă.

Care sunt cele 3 forme ale Idioţiei amaurotice ?

-Forma infantilă sau boala lui Tay Sachs**;**
-forma juvenilă sau boala lui Spielmeyer Vogt Sjogrens;

-forma tardivă sau boala lui Kufs **).**

<u>Cum se numesc sindroamele determinate de perturbarile metabolismului de carbon?</u>

(R.galactosemia şi hipoglicemia idiopatică-, aduc după sine, în cazul absenţei unui tratament corespunzător, debilitatea mintală şi tulburări neurologice.)

<u>Enumerati cateva din formele xerodermice ale întârzierii mintale.</u>

(Sindromul Rud **,** Sindromul Sturge-Weber, Scleroza tuberoasă **)**

<u>Enumerati cateva din formele atipice ale întârzierii mintale.</u>

(sindromul Marinescu-Sjogren, Cretinismul endemic,Cretinismul sporadic, cretinismul familial)

1.	**Introducere în psihopedagogia handicapului mintal, fizic şi comportamen-tal**	**Sima Mihai**	**304 pag.**	**Editura „Psihomedia", Sibiu ISBN- 973-7997-40-9**	**2005**

2.	**Introducere in psihopedagogia deficientilor mintal**	**Sima,I., Sima, M.**	**200 pag.**	**Ed."Alma Mater"**	**2009**